Códigos electrónicos

Código del Control Sanitario Normativa Autonómica

Selección y ordenación:
Mª José Aguado Abad

Edición actualizada a 10 de diciembre 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): 786-18-006-3
NIPO (ePUB): 786-18-005-8
NIPO (Papel): 786-18-004-2
ISBN: 978-84-340-2459-5
Depósito Legal: M-2784-2018

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. NORMATIVA BÁSICA

1.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 2. Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar 2

1.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 3. Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria 8

1.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 4. Ley 6/1994, de 19 de mayo, de Sanidad Animal de Castilla y León 13

1.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 5. Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar 29

1.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 6. Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud Escolar 38

§ 7. Ley 7/2002, de 18 de octubre, de Sanidad Animal de la Comunidad Autónoma de La Rioja 43

1.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 8. Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar 63

1.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 9. Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud Escolar para el Principado de Asturias 69

1.8 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 10. Ley Foral 11/2000, de 16 de noviembre, de Sanidad Animal 77

§ 11. Ley Foral 4/2007, de 23 de marzo, de Sanidad Vegetal 103

2. SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

2.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

§ 12. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía 119
§ 13. Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía 147

2.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 14. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón 201
§ 15. Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón 236

2.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 16. Ley 10/2010, de 27 de septiembre, de salud pública y seguridad alimentaria de Castilla y León 270

2.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 17. Ley 7/2003, de 25 de abril, de Protección de la Salud. [Inclusión parcial] 302
§ 18. Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública 307
§ 19. Ley 15/1983, de 14 de julio, de higiene y control alimentarios 345

2.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 20. Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura 356
§ 21. Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura 387

2.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

§ 22. Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia 419

2.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

§ 23. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia 498

2.8 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 24. Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud 515

2.9 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

§ 25. Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears 564
§ 26. Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears 599

2.10 COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA

§ 27. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana 629

2.11 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 28. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud 688

2.12 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 29. Ley 17/2008, de 23 de diciembre, de Política Agraria y Alimentaria. [Inclusión parcial] 718

3. ESTRATEGIA SANITARIA

3.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

§ 30. Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas 745

3.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 31. Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias 763

3.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

§ 32. Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias 784

3.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 33. Ley 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias 803

3.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 34. Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León 827

3.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

§ 35. Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 855

3.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 36. Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia 884

3.8 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 37. Ley 1/1999, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura 901

3.9 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

§ 38. Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia, sobre drogas 923

§ 39. Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad 939

3.10 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

§ 40. Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social . . . 961

3.11 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 41. Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones 982

3.12 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

§ 42. Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears 1022

3.13 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

§ 43. Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid 1049

§ 44. Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 1057

3.14 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 45. Ley 12/2012, de 21 de junio, contra el Dopaje en el Deporte 1090

§ 46. Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias 1139

3.15 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 47. Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas 1193

3.16 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 48. Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco 1219

§ 49. Ley Foral 10/2021, de 18 de junio, por la que se regula el derecho al cribado neonatal ampliado en Navarra 1233

4. ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA

4.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

§ 50. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias 1238

4.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 51. Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria 1282

4.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 52. Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León 1325

4.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

§ 53. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha 1357

4.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 54. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria 1388

4.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

§ 55. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid 1426

4.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 56. Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi 1487

ÍNDICE SISTEMÁTICO

§ 1. Nota de autor **1**

1. NORMATIVA BÁSICA

1.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 2. Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar **2**

Preámbulo 2
Artículos 3
Disposiciones transitorias 7
Disposiciones finales 7

1.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 3. Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria **8**

Preámbulo 8
Artículos 9
Disposiciones adicionales 12
Disposiciones finales 12

1.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 4. Ley 6/1994, de 19 de mayo, de Sanidad Animal de Castilla y León **13**

Preámbulo 13
TÍTULO I. Disposiciones generales 15
TÍTULO II. Explotaciones ganaderas: Documentos y requisitos 16
CAPÍTULO I. Explotaciones ganaderas 16
CAPÍTULO II. Documentación de las Explotaciones Ganaderas 17
CAPÍTULO III. Registro de las Explotaciones Ganaderas 17
TÍTULO III. Acciones sanitarias de carácter general 17
CAPÍTULO I. Notificación 18
CAPÍTULO II. Investigación del foco primario, diagnóstico de las enfermedades y medidas complementarias . . 18
CAPÍTULO III. Declaración oficial de existencia y extinción de enfermedades 19
CAPÍTULO IV. Acciones sanitarias de prevención y tratamiento 19
CAPÍTULO V. Movimiento y transporte de animales 20
CAPÍTULO VI. Concentraciones de animales 20
CAPÍTULO VII. Tratamiento de cadáveres: Aprovechamiento o destrucción 21
CAPÍTULO VIII. Acciones sanitarias complementarias 21
CAPÍTULO IX. Acciones sanitarias medioambientales 22
TÍTULO IV. Acciones sanitarias de carácter general 23
CAPÍTULO I. Campañas de saneamiento ganadero 23
CAPÍTULO II. Sacrificio obligatorio 24
CAPÍTULO III. Agrupaciones de defensa sanitaria 25
CAPÍTULO IV. Acciones sanitaria entre Comunidades Autónomas 25
CAPÍTULO V. Concesión de títulos sanitarios 25
CAPÍTULO VI. Mejora genética con fines sanitarios 25

TÍTULO V. Red de vigilancia epidemiológica y apoyo técnico . . . 25
TÍTULO VI. Formación e información zoosanitaria . . . 26
TÍTULO VII. Régimen sancionador . . . 26
Disposiciones adicionales . . . 27
Disposiciones derogatorias . . . 28
Disposiciones finales . . . 28

1.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 5. Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar . . . 29

Preámbulo . . . 29
CAPÍTULO PRIMERO. Ámbito de aplicación y disposiciones generales . . . 31
CAPÍTULO SEGUNDO. Actividades sanitarias . . . 31
Sección I . . . 31
Sección II. Actividades sanitarias en relación con el personal de los Centros docentes . . . 32
Sección III. Actividades sanitarias en relación con los Centros docentes y su entorno . . . 33
CAPÍTULO III. Educación para la salud y prevención . . . 33
Sección I. Educación sanitaria en el medio escolar . . . 33
Sección II. Prevención de enfermedades en el medio escolar . . . 34
CAPÍTULO IV. Organización . . . 35
Sección I. Organización y funcionamiento . . . 35
Sección II. Recursos humanos y materiales . . . 36
CAPÍTULO V. Responsabilidades y sanciones . . . 36
CAPÍTULO VI. Financiación . . . 37
Disposiciones transitorias . . . 37
Disposiciones finales . . . 37

1.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 6. Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud Escolar . . . 38

Preámbulo . . . 38
CAPÍTULO PRIMERO. Disposiciones generales . . . 39
CAPÍTULO II. Actividades a realizar . . . 40
Sección Primera. En relación con el Alumnado . . . 40
Sección Segunda. En relación con el personal . . . 40
Sección Tercera. En relación con los centros docentes y su entorno . . . 40
CAPÍTULO III. Organización . . . 41
Sección Primera. Disposiciones generales . . . 41
Sección Segunda. Recursos humanos y materiales . . . 41
Disposiciones finales . . . 42

§ 7. Ley 7/2002, de 18 de octubre, de Sanidad Animal de la Comunidad Autónoma de La Rioja . . . 43

Preámbulo . . . 43
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 44
TÍTULO II. Explotaciones ganaderas y titulares . . . 45
TÍTULO III. Sistemas de Identificación y Registro de Movimientos de Animales (SIRMA) . . . 46
TÍTULO IV. Movimiento pecuario, transporte y concentraciones de animales . . . 47
CAPÍTULO I. Movimiento pecuario . . . 47
CAPÍTULO II. Transporte de animales . . . 47
CAPÍTULO III. Concentraciones de animales . . . 48
TÍTULO V. Acciones sanitarias de carácter general . . . 48
CAPÍTULO I. Notificación de enfermedad . . . 49
CAPÍTULO II. Investigación del foco primario, diagnóstico de la enfermedad y medidas complementarias . . . 49
CAPÍTULO III. Declaración oficial de existencia y extinción de enfermedades . . . 50
CAPÍTULO IV. Acciones sanitarias de lucha, prevención y tratamiento . . . 50
CAPÍTULO V. Tratamiento de cadáveres . . . 51
CAPÍTULO VI. Acciones sanitarias complementarias . . . 51
TÍTULO VI. Acciones sanitarias de carácter especial . . . 52
CAPÍTULO I. Programas de control y erradicación de enfermedades . . . 52
CAPÍTULO II. Sacrificio obligatorio . . . 53

CAPÍTULO III. Agrupaciones de defensa sanitaria ganadera . . . 55
CAPÍTULO IV. Acciones sanitarias entre Comunidades Autónomas . . . 56
TÍTULO VII. Red de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo Técnico . . . 56
TÍTULO VIII. Medicamentos veterinarios y sustancias empleadas en la producción animal . . . 56
CAPÍTULO I. Medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos . . . 56
CAPÍTULO II. Sustancias y materias primas prohibidas . . . 58
TÍTULO IX. Inspección veterinaria . . . 59
TÍTULO X. Formación e información sanitaria . . . 60
TÍTULO XI. Régimen sancionador . . . 60
Disposiciones transitorias . . . 62
Disposiciones derogatorias . . . 62
Disposiciones finales . . . 62

1.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 8. Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar . . . 63

Preámbulo . . . 63
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 64
TÍTULO II. Obligaciones . . . 65
CAPÍTULO I. En relación con el alumnado . . . 65
CAPÍTULO II. En relación con el profesorado y personal no docente . . . 66
CAPÍTULO III. En relación con los edificios e instalaciones escolares . . . 66
TÍTULO III. Financiación . . . 67
TÍTULO IV. Organización de la actividad . . . 67
CAPÍTULO I. Normas generales . . . 67
CAPÍTULO II. Personal y centros docentes . . . 67
TÍTULO V. Responsabilidad y sanciones . . . 68
Disposiciones adicionales . . . 68
Disposiciones finales . . . 68

1.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 9. Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud Escolar para el Principado de Asturias . . . 69

Preámbulo . . . 69
CAPÍTULO I. Ámbito de aplicación de la Ley y disposiciones generales . . . 70
CAPÍTULO II. Actividades sanitarias a desarrollar . . . 71
CAPÍTULO III. Obligaciones . . . 72
CAPÍTULO IV. Personal y medios . . . 74
CAPÍTULO V. Comisiones de Salud Escolar . . . 74
CAPÍTULO VI. Financiación . . . 75
CAPÍTULO VII. Responsabilidades y sanciones . . . 75
Disposiciones finales . . . 75
Disposiciones adicionales . . . 76
Disposiciones transitorias . . . 76

1.8 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 10. Ley Foral 11/2000, de 16 de noviembre, de Sanidad Animal . . . 77

Preámbulo . . . 77
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 80
CAPÍTULO II. Explotaciones ganaderas . . . 81
CAPÍTULO III. Identificación animal . . . 83
CAPÍTULO IV. Acciones sanitarias de carácter general . . . 83
Sección 1.ª Definición . . . 83
Sección 2.ª Notificación . . . 83
Sección 3.ª Investigación del foco primario, diagnóstico de las enfermedades y medidas complementarias . . . 83
Sección 4.ª Declaración oficial de existencia y extinción de enfermedades . . . 84
Sección 5.ª Acciones sanitarias de prevención y tratamiento . . . 84

Sección 6.ª Movimiento, trashumancia y transporte de animales . . . 85
Sección 7.ª Certámenes ganaderos . . . 86
Sección 8.ª Tratamiento de cadáveres . . . 87
Sección 9.ª Acciones sanitarias complementarias . . . 87
CAPÍTULO V. Acciones sanitarias de carácter especial . . . 89
Sección 1.ª Programas de control y erradicación de enfermedades . . . 89
Sección 2.ª Sacrificio obligatorio . . . 90
Sección 3.ª Agrupaciones de defensa sanitaria ganadera . . . 91
CAPÍTULO VI. Control de medicamentos veterinarios y sustancias en producción animal . . . 91
CAPÍTULO VII. Inspecciones sanitarias . . . 93
CAPÍTULO VIII. Régimen sancionador . . . 94
Disposiciones adicionales . . . 100
Disposiciones transitorias . . . 101
Disposiciones derogatorias . . . 102
Disposiciones finales . . . 102
ANEXO I. Capacidad productiva máxima de las explotaciones ganaderas (en UGM o plazas) . . . 102

§ 11. Ley Foral 4/2007, de 23 de marzo, de Sanidad Vegetal . . . 103

Preámbulo . . . 103
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 105
CAPÍTULO II. Experimentación, asesoramiento y divulgación en materia de sanidad vegetal . . . 107
CAPÍTULO III. Prevención y control de las plagas . . . 107
CAPÍTULO IV. Medios de defensa fitosanitaria . . . 111
CAPÍTULO V. Inspecciones, infracciones y sanciones . . . 114
Sección 1.ª Inspecciones y controles . . . 114
Sección 2.ª Infracciones y sanciones . . . 116
Sección 3.ª Medios de ejecución . . . 117
Disposiciones adicionales . . . 118
Disposiciones derogatorias . . . 118
Disposiciones finales . . . 118

2. SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

2.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

§ 12. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. . . . 119

Preámbulo . . . 119
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 123
CAPÍTULO ÚNICO. Objeto, principios y alcance . . . 123
TÍTULO II. De los ciudadanos . . . 124
CAPÍTULO I. Derechos de los ciudadanos . . . 124
CAPÍTULO II. Obligaciones de los ciudadanos respecto a los servicios de salud . . . 126
CAPÍTULO III. Efectividad de los derechos y deberes . . . 126
TÍTULO III. Participación de los ciudadanos . . . 127
CAPÍTULO I. El Consejo Andaluz de Salud . . . 127
CAPÍTULO II. De la participación territorial . . . 127
TÍTULO IV. De las actuaciones en materia de salud . . . 128
CAPÍTULO I. Salud pública . . . 128
CAPÍTULO II. Salud laboral . . . 129
CAPÍTULO III. Asistencia sanitaria . . . 129
CAPÍTULO IV. Intervención pública en materia de salud . . . 130
CAPÍTULO V. Infracciones y sanciones . . . 132
TÍTULO V. El Plan Andaluz de Salud . . . 133
TÍTULO VI. De las Administraciones Públicas . . . 134
CAPÍTULO I. Principio general . . . 134
CAPÍTULO II. Competencias de la Administración de la Junta de Andalucía . . . 134
CAPÍTULO III. Competencias sanitarias de los municipios . . . 134
TÍTULO VII. De la ordenación sanitaria . . . 136
CAPÍTULO I. El Sistema Sanitario Público de Andalucía . . . 136
CAPÍTULO II. Organización territorial de los servicios sanitarios . . . 137
CAPÍTULO III. Ordenación funcional . . . 137
CAPÍTULO IV. Personal . . . 138

CAPÍTULO V. Atribuciones del Consejo de Gobierno y de la Consejería de Salud . . . 139
CAPÍTULO VI. Organización y funciones del Servicio Andaluz de Salud . . . 141
CAPÍTULO VII. Colaboración con la iniciativa privada . . . 143
TÍTULO VIII. Docencia e investigación sanitarias . . . 144
CAPÍTULO I. Principios generales . . . 144
CAPÍTULO II. Atribuciones de la Consejería de Salud . . . 144
TÍTULO IX. Financiación . . . 145
Disposiciones adicionales . . . 145
Disposiciones transitorias . . . 146
Disposiciones derogatorias . . . 146
Disposiciones finales . . . 146

§ 13. Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía . . . 147

Preámbulo . . . 147
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 151
TÍTULO I. La ciudadanía y la salud pública . . . 155
CAPÍTULO I. Equidad y salud pública . . . 155
CAPÍTULO II. El fomento del interés por la salud . . . 156
CAPÍTULO III. Derechos y obligaciones en relación con la salud pública . . . 157
Sección 1.ª Derechos . . . 157
Sección 2.ª Obligaciones . . . 160
CAPÍTULO IV. Garantías respecto a la salud pública . . . 160
CAPÍTULO V. Responsabilidad y capacitación respecto a la salud pública . . . 162
CAPÍTULO VI. La colaboración social en torno a la salud pública . . . 163
TÍTULO II. La gobernanza en salud pública . . . 165
CAPÍTULO I. Salud pública en una sociedad global . . . 165
CAPÍTULO II. La salud pública en el ámbito local . . . 166
CAPÍTULO III. La organización de la salud pública en la Junta de Andalucía . . . 167
CAPÍTULO IV. Salud en todas las políticas . . . 168
CAPÍTULO V. La evaluación del impacto en la salud . . . 170
TÍTULO III. Las acciones en salud pública . . . 172
CAPÍTULO I. Las prestaciones de salud pública . . . 172
CAPÍTULO II. El Sistema de Vigilancia e Información . . . 173
CAPÍTULO III. La promoción de la salud . . . 177
CAPÍTULO IV. La prevención de las enfermedades y problemas de salud . . . 178
CAPÍTULO V. La protección de la salud . . . 180
TÍTULO IV. Las intervenciones en materia de salud pública que garantizan los derechos de la ciudadanía . . . 181
CAPÍTULO I. Ejes básicos de actuación . . . 181
CAPÍTULO II. De las intervenciones públicas . . . 183
TÍTULO V. Los recursos para la salud pública . . . 185
CAPÍTULO I. Los recursos materiales . . . 185
CAPÍTULO II. Profesionales de la salud pública . . . 186
TÍTULO VI. Calidad, tecnologías e I+D+i en salud pública . . . 188
CAPÍTULO I. Investigación, desarrollo tecnológico y la innovación en salud pública . . . 188
CAPÍTULO II. La calidad en las actuaciones de salud pública . . . 190
TÍTULO VII. Régimen Sancionador . . . 190
CAPÍTULO I. De las Infracciones . . . 190
CAPÍTULO II. De las sanciones . . . 193
Disposiciones adicionales . . . 194
Disposiciones transitorias . . . 194
Disposiciones derogatorias . . . 194
Disposiciones finales . . . 195
ANEXO I. Actividades sometidas a EIS . . . 198

2.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 14. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón . . . 201

Preámbulo . . . 201
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 204
TÍTULO II. De los ciudadanos . . . 205
TÍTULO III. De los derechos de información sobre la salud y la autonomía del paciente . . . 208
CAPÍTULO I. Del derecho a la información . . . 208

CAPÍTULO II. Del derecho a la intimidad y a la confidencialidad . . . 209
CAPÍTULO III. Del respeto al derecho a la autonomía del paciente . . . 209
CAPÍTULO IV. De la historia clínica . . . 211
TÍTULO IV. Plan de Salud de Aragón . . . 212
TÍTULO V. Del Sistema de Salud de Aragón . . . 213
CAPÍTULO I. Concepto y características . . . 213
CAPÍTULO II. De las funciones y actuaciones del Sistema de Salud de Aragón . . . 214
Sección 1.ª De las funciones . . . 214
Sección 2.ª De las actuaciones . . . 215
CAPÍTULO III. Del Consejo de Salud de Aragón . . . 217
CAPÍTULO IV. Intervención pública en relación con la salud individual y colectiva . . . 217
CAPÍTULO V. De las infracciones y sanciones . . . 219
CAPÍTULO VI. Financiación . . . 221
TÍTULO VI. De la estructura del Sistema de Salud de Aragón . . . 221
CAPÍTULO I. De la organización territorial . . . 221
CAPÍTULO II. De la ordenación funcional. . . . 222
CAPÍTULO III. Del personal . . . 224
TÍTULO VII. De las competencias de las Administraciones públicas de Aragón . . . 225
TÍTULO VIII. De la docencia e investigación. . . . 227
TÍTULO IX. Del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud . . . 228
Disposiciones adicionales . . . 232
Disposiciones transitorias . . . 233
Disposiciones derogatorias . . . 233
Disposiciones finales . . . 233

§ 15. Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón . . . 236

Preámbulo . . . 236
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 238
CAPÍTULO I. Objeto, principios y funciones . . . 238
CAPÍTULO II. Derechos y deberes en salud pública . . . 240
TÍTULO II. Competencias y organización administrativa de la Salud Pública . . . 242
CAPÍTULO I. Las competencias de las distintas Administraciones Públicas en el ámbito de la salud pública . . . 242
CAPÍTULO II. La salud pública en el Sistema de Salud de Aragón . . . 245
CAPÍTULO III. El Laboratorio de salud pública . . . 247
CAPÍTULO IV. Profesionales de la salud pública del Sistema de Salud de Aragón . . . 248
TÍTULO III. Los medios de actuación en materia de salud pública . . . 249
CAPÍTULO I. Prestaciones de salud pública . . . 249
CAPÍTULO II. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. . . . 250
Sección 1.ª La promoción de la salud . . . 250
Sección 2.ª La prevención de la enfermedad . . . 252
CAPÍTULO III. La Salud Laboral . . . 253
CAPÍTULO IV. La protección de la salud . . . 254
CAPÍTULO V. La información, investigación y vigilancia en salud pública . . . 255
CAPÍTULO VI. Farmacovigilancia . . . 257
CAPÍTULO VII. Prevención de las adicciones . . . 258
TITULO IV. Inspección e Intervención Administrativa en materia de Salud Pública . . . 258
CAPÍTULO I. Inspección en materia de Salud Pública. . . . 258
Sección 1.ª Funciones de la inspección y personal inspector. . . . 258
Sección 2.ª Inspección del cumplimiento de las normas sanitarias . . . 259
CAPÍTULO II. Intervención administrativa urgente por razones de salud pública . . . 261
CAPÍTULO III. La corresponsabilidad de los operadores económicos en la tutela de la salud pública . . . 263
CAPÍTULO IV. Registro de establecimientos alimentarios . . . 264
TÍTULO V. Infracciones y sanciones. . . . 264
Disposiciones adicionales . . . 268
Disposiciones transitorias . . . 268
Disposiciones derogatorias . . . 269
Disposiciones finales . . . 269

2.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 16. Ley 10/2010, de 27 de septiembre, de salud pública y seguridad alimentaria de Castilla y León . . . 270

Preámbulo . . . 270
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 275
TÍTULO I. La prestación de salud pública . . . 276
CAPÍTULO I. Disposiciones Generales . . . 276
CAPÍTULO II. Actuaciones de la prestación de salud pública . . . 278
TÍTULO II. Organización de la Salud Pública y Seguridad Alimentaria . . . 283
CAPÍTULO I. Organización administrativa y territorial . . . 283
CAPÍTULO II. Competencias . . . 284
CAPÍTULO III. Organización de las redes de vigilancia y gabinetes de crisis . . . 285
TÍTULO III. De la actuación de seguridad alimentaria y sanidad ambiental . . . 287
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 287
CAPÍTULO II. Obligaciones de los operadores de las empresas alimentarias . . . 288
CAPÍTULO III. Obligaciones en relación con los factores ambientales . . . 289
CAPÍTULO IV. Comités de coordinación y asesoramiento . . . 290
TÍTULO IV. Intervención de la salud pública y seguridad alimentaria . . . 290
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 290
CAPÍTULO II. Mecanismos de control . . . 291
CAPÍTULO III. Mecanismos de limitación . . . 292
CAPÍTULO IV. Multas coercitivas . . . 295
TÍTULO V. Régimen de infracciones y sanciones . . . 295
Disposiciones adicionales . . . 299
Disposiciones derogatorias . . . 299
Disposiciones finales . . . 299

2.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 17. Ley 7/2003, de 25 de abril, de Protección de la Salud. [Inclusión parcial] . . . 302

[. . .]

Disposiciones transitorias . . . 302
Disposición transitoria primera. . . . 302
Disposición transitoria segunda. . . . 303
Disposición transitoria tercera.. . . . 304

[. . .]

Disposición transitoria séptima. . . . 304
Disposición transitoria octava. . . . 305
Disposición transitoria novena. . . . 305

[. . .]

§ 18. Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública . . . 307

Preámbulo . . . 307
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 311
TÍTULO II. De las políticas en materia de salud pública . . . 315
TÍTULO III. De la organización de los servicios de salud pública . . . 319
CAPÍTULO I. Administración de la Generalidad . . . 319
CAPÍTULO II. La Agencia de Salud Pública de Cataluña . . . 320
Sección Primera. Disposiciones generales . . . 320
Sección Segunda. Estructura orgánica. . . . 320
Sección Tercera. Organización territorial. . . . 322
Sección Cuarta. Régimen jurídico, recursos humanos y régimen económico, patrimonial y contable . . . 322
CAPÍTULO III. La seguridad alimentaria . . . 322
CAPÍTULO IV. Salud laboral . . . 326

CAPÍTULO V. Red de Vigilancia de la Salud Pública . . . 327
CAPÍTULO VI. Red de laboratorios de salud pública . . . 328
CAPÍTULO VII. Los servicios de los entes locales en materia de salud pública . . . 328
TÍTULO IV. De la intervención administrativa en materia de salud pública . . . 330
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 330
CAPÍTULO II. Vigilancia y control . . . 332
CAPÍTULO III. Medidas cautelares . . . 335
TÍTULO V. Régimen sancionador . . . 337
Disposiciones adicionales . . . 341
Disposiciones transitorias . . . 342
Disposiciones derogatorias . . . 342
Disposiciones finales . . . 343

§ 19. Ley 15/1983, de 14 de julio, de higiene y control alimentarios . . . 345

Preámbulo . . . 345
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 346
TÍTULO II. Control . . . 347
CAPÍTULO I. Fases sujetas a control . . . 347
CAPÍTULO II. Autorizaciones y registros . . . 348
CAPÍTULO III. Medios de control . . . 349
TÍTULO III. Infracciones y sanciones . . . 350
CAPÍTULO I. Infracciones . . . 350
CAPÍTULO II. Sanciones . . . 352
CAPÍTULO III. Procedimiento sancionador . . . 353
CAPÍTULO IV. Órganos competentes en materia de sanciones . . . 354
Disposiciones transitorias . . . 354
Disposiciones adicionales . . . 354
Disposiciones finales . . . 355

2.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 20. Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura . . . 356

Preámbulo . . . 356
TÍTULO PRELIMINAR. Objeto, ámbito y principios rectores . . . 360
TÍTULO I. El Sistema Sanitario Público de Extremadura . . . 361
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 361
CAPÍTULO II. Competencias de las Administraciones Públicas . . . 361
CAPÍTULO III. Derechos y deberes de los ciudadanos respecto al Sistema Sanitario . . . 364
CAPÍTULO IV. Órganos de participación . . . 365
Sección 1.a El Consejo Extremeño de Salud y El Consejo Regional de Pacientes de Extremadura . . . 365
Sección 2.a De los Consejos de Salud . . . 366
CAPÍTULO V. Del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura . . . 367
CAPÍTULO VI. Financiación . . . 367
TÍTULO II. El Plan de Salud de Extremadura . . . 368
TÍTULO III. Organización general del Sistema Sanitario Público de Extremadura . . . 369
CAPÍTULO I. Componentes del Sistema . . . 369
CAPÍTULO II. Ordenación territorial . . . 370
Sección 1.a Áreas de salud . . . 370
Sección 2.a Zonas de salud . . . 371
CAPÍTULO III. Ordenación funcional . . . 372
Sección 1.ª Actividades de la estructura sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura . . . 372
Sección 2.ª Niveles de atención del Sistema Sanitario Público de Extremadura . . . 375
TÍTULO IV. Régimen sancionador . . . 376
CAPÍTULO ÚNICO. Régimen sancionador . . . 376
TÍTULO V. Servicio Extremeño de Salud . . . 379
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 379
CAPÍTULO II. Funciones y facultades del Servicio Extremeño de Salud . . . 380
CAPÍTULO III. Órganos del Servicio Extremeño de Salud . . . 380
CAPÍTULO IV. Régimen de funcionamiento y recursos del Servicio Extremeño de Salud . . . 381
CAPÍTULO V. Colaboración con el Servicio Extremeño de Salud . . . 384
Disposiciones adicionales . . . 384
Disposiciones transitorias . . . 385

Disposiciones derogatorias . . . 386
Disposiciones finales . . . 386

§ 21. Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura . . . 387

Preámbulo . . . 387
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 391
TÍTULO I. De las competencias de las Administraciones Públicas en materia de salud pública . . . 393
TÍTULO II. De la vigilancia en salud pública . . . 395
CAPÍTULO I. Sistema de Información en Salud Pública . . . 395
CAPÍTULO II. De la Red de Vigilancia Epidemiológica . . . 396
CAPÍTULO III. Del Sistema de Respuesta a las Alertas y Emergencias en Salud Pública . . . 397
TÍTULO III. De la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y de las deficiencias de los problemas de salud . . . 398
CAPÍTULO I. Promoción de la salud . . . 398
CAPÍTULO II. De la educación para la salud . . . 398
CAPÍTULO III. De la prevención de las enfermedades, de las deficiencias y de los problemas de salud . . . 399
TÍTULO IV. De la protección de la salud . . . 399
CAPÍTULO I. De la Salud alimentaria . . . 399
Sección 1.ª Estrategias de salud alimentaria . . . 399
Sección 2.ª Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria . . . 400
CAPÍTULO II. De la salud ambiental . . . 400
Sección 1.ª Estrategias de salud ambiental . . . 400
Sección 2.ª Comisión de Salud Ambiental de Extremadura . . . 401
CAPÍTULO III. De la salud laboral . . . 401
CAPÍTULO IV. Seguridad del paciente . . . 401
TÍTULO V. De la participación comunitaria en salud . . . 402
CAPÍTULO I. De la participación comunitaria en salud . . . 402
CAPÍTULO II. De los órganos de participación ciudadana promotores de salud . . . 402
TÍTULO VI. Recursos y procedimientos en salud pública . . . 403
CAPÍTULO I. De la cartera de servicios . . . 403
CAPÍTULO II. De los laboratorios de salud pública . . . 403
CAPÍTULO III. Intervención administrativa en materia de salud pública . . . 404
CAPÍTULO IV. De la supervisión, vigilancia y control de actividades . . . 406
TÍTULO VII. Régimen sancionador . . . 406
CAPÍTULO I. De las infracciones . . . 406
CAPÍTULO II. De las sanciones . . . 409
CAPÍTULO III. De la competencia sancionadora . . . 410
Disposiciones adicionales . . . 411
Disposiciones transitorias . . . 417
Disposiciones derogatorias . . . 417
Disposiciones finales . . . 417

2.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

§ 22. Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia . . . 419

Preámbulo . . . 419
TÍTULO PRELIMINAR. Objeto, alcance y definiciones . . . 425
TÍTULO I. De los derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía . . . 427
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 427
CAPÍTULO II. Derechos sanitarios . . . 427
CAPÍTULO III. Deberes sanitarios . . . 432
CAPÍTULO IV. Garantía de los derechos y deberes sanitarios . . . 433
CAPÍTULO V. De la defensa y promoción de los derechos de los usuarios y usuarias del Sistema Público de Salud de Galicia . . . 433
CAPÍTULO VI. Participación social . . . 434
CAPÍTULO VII. Participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas de Galicia . . . 437
TÍTULO II. Del Sistema Público de Salud de Galicia . . . 438
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 438
CAPÍTULO II. Los principios rectores de su funcionamiento . . . 439
CAPÍTULO III. Las intervenciones públicas que garantizan los derechos y deberes de la ciudadanía . . . 439
CAPÍTULO IV. Infracciones y sanciones . . . 448

CAPÍTULO V. Prestaciones sanitarias del Sistema Público de Salud de Galicia . . . 459
CAPÍTULO VI. Planificación del Sistema público de salud: la Estrategia gallega de salud y sus instrumentos de desarrollo sectorial y territorial . . . 463
CAPÍTULO VII. Ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia . . . 465
CAPÍTULO VIII. Sistema de Información de Salud y evaluación del Sistema de Salud de Galicia . . . 467
CAPÍTULO IX. Financiación del Sistema Público de Salud de Galicia . . . 467
CAPÍTULO X. Contrato de servicios sanitarios . . . 468
TÍTULO III. De las competencias del Sistema Público de Salud de Galicia . . . 468
CAPÍTULO I. La Administración autonómica . . . 468
CAPÍTULO II. La Administración local . . . 471
TÍTULO IV. De las relaciones del Sistema Público de Salud de Galicia con la Unión Europea, la Administración general del Estado y otras comunidades autónomas . . . 473
CAPÍTULO I. De la relación con otros países, instituciones internacionales sanitarias y la Unión Europea . . . 473
CAPÍTULO II. De las relaciones con la Administración del Estado . . . 473
CAPÍTULO III. De las relaciones con otras comunidades autónomas y las comunidades gallegas en el exterior en materia sanitaria . . . 474
TÍTULO V. Del sector privado de atención sanitaria y sus relaciones con el Sistema Público de Salud de Galicia . . . 474
TÍTULO VI. Del Servicio Gallego de Salud . . . 476
CAPÍTULO I. Principios generales . . . 476
CAPÍTULO II. Organización . . . 477
CAPÍTULO III. Organización de servicios. Centros sanitarios. Organización y gestión . . . 478
CAPÍTULO IV. Régimen jurídico . . . 478
CAPÍTULO V. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 478
CAPÍTULO VI. Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 479
TÍTULO VII. De la organización de la salud pública en el Sistema Público de Salud de Galicia . . . 480
TÍTULO VIII. De los empleados y empleadas públicos de la salud del Sistema Público de Salud de Galicia . . . 482
CAPÍTULO I. Ámbito y régimen jurídico . . . 482
CAPÍTULO II. Planificación y ordenación de los recursos humanos . . . 483
CAPÍTULO III. Selección, provisión y promoción interna . . . 485
CAPÍTULO IV. Retribuciones y jornada . . . 487
CAPÍTULO V. Carrera profesional . . . 487
CAPÍTULO VI. Salud laboral . . . 488
CAPÍTULO VII. Mesa de negociación del empleado público de la salud del Sistema Público de Salud de Galicia 488
CAPÍTULO VIII. Función directiva . . . 489
CAPÍTULO IX. Garantías de modernización y prestación de la asistencia . . . 490
TÍTULO IX. De la docencia, investigación e innovación . . . 490
CAPÍTULO I. Docencia y formación . . . 490
CAPÍTULO II. Escuela Gallega de la Administración Sanitaria . . . 491
CAPÍTULO III. De la investigación y la innovación en el Sistema público de salud de Galicia . . . 491
CAPÍTULO IV. Instituto Gallego de Investigación Sanitaria . . . 493
TÍTULO X. De la coordinación interdepartamental de la atención sociosanitaria . . . 493
TÍTULO XI. De la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud . . . 494
Disposiciones adicionales . . . 494
Disposiciones transitorias . . . 496
Disposiciones derogatorias . . . 496
Disposiciones finales . . . 496

2.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

§ 23. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia . . . 498

Preámbulo . . . 498
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 500
TÍTULO I. De las competencias de las Administraciones Públicas . . . 501
TÍTULO II. De la planificación sanitaria . . . 502
TÍTULO III. De la ordenación sanitaria . . . 503
TÍTULO IV. Del Servicio Murciano de Salud . . . 507
TÍTULO V. De la docencia e investigación . . . 512
Disposiciones adicionales . . . 513
Disposiciones transitorias . . . 513
Disposiciones derogatorias . . . 513
Disposiciones finales . . . 513

2.8 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 24. Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud . . . 515

Preámbulo . . . 515
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 520
TÍTULO II. Derechos y deberes de los ciudadanos . . . 521
CAPÍTULO I. Derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria . . . 521
CAPÍTULO II. Deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria . . . 526
CAPÍTULO III. Garantías de los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria . . . 527
CAPÍTULO IV. El Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja . . . 528
TÍTULO III. Del Sistema Público de Salud de La Rioja . . . 529
CAPÍTULO I. Concepto y características-recursos y clasificación . . . 529
CAPÍTULO II. Plan de Salud de La Rioja . . . 532
CAPÍTULO III. Ordenación territorial del Sistema Público de Salud de La Rioja . . . 532
CAPÍTULO IV. Ordenación funcional del Sistema Público de Salud de La Rioja . . . 533
CAPÍTULO V. Niveles de atención sanitaria . . . 536
TÍTULO IV. De los órganos de participación comunitaria . . . 538
CAPÍTULO I. De la participación en general . . . 538
CAPÍTULO II. De la participación ciudadana . . . 538
CAPÍTULO III. El Consejo Riojano de Salud . . . 538
CAPÍTULO IV. El Consejo de Salud de Área . . . 539
CAPÍTULO V. El Consejo de Salud de Zona . . . 539
CAPÍTULO VI. Órganos de participación en centros asistenciales . . . 540
TÍTULO V. De la financiación del Sistema Público de Salud de La Rioja . . . 540
TÍTULO VI. De las competencias de las Administraciones Públicas . . . 541
CAPÍTULO I. Autoridad sanitaria . . . 541
CAPÍTULO II. Competencias del Gobierno de La Rioja . . . 541
CAPÍTULO III. Competencias de la Consejería competente en materia de salud . . . 542
CAPÍTULO IV. Competencias de las Corporaciones Locales . . . 543
TÍTULO VII. Del Servicio Riojano de Salud . . . 544
CAPÍTULO I. Objeto y naturaleza . . . 544
CAPÍTULO II. Funciones y actividades . . . 544
CAPÍTULO III. Personal . . . 544
CAPÍTULO IV. Medios materiales y recursos patrimoniales . . . 545
CAPÍTULO V. Régimen de financiación, presupuestos, contabilidad e intervención-contratación administrativa y régimen jurídico de los actos . . . 546
CAPÍTULO VI. Estructura del Servicio Riojano de Salud . . . 548
TÍTULO VIII. Colaboración con la iniciativa privada . . . 551
TÍTULO IX. Docencia e investigación . . . 553
TÍTULO X. Intervención pública relacionada con la salud individual y colectiva . . . 554
TÍTULO XI. Régimen sancionador . . . 556
Disposiciones adicionales . . . 560
Disposiciones transitorias . . . 561
Disposiciones derogatorias . . . 562
Disposiciones finales . . . 563

2.9 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

§ 25. Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears . . . 564

Preámbulo . . . 564
TÍTULO PRELIMINAR . . . 568
TÍTULO I. Derechos y deberes de los ciudadanos en el ámbito sanitario . . . 569
CAPÍTULO I. Titulares de los derechos y deberes . . . 569
CAPÍTULO II. Derechos básicos . . . 569
CAPÍTULO III. Derechos específicos de los usuarios en los centros asistenciales . . . 570
Sección 1.ª Derechos en relación al nacimiento . . . 570
Sección 2.ª Derecho a la intimidad y a la confidencialidad . . . 571
Sección 3.ª Derecho a la autonomía del paciente . . . 572
Sección 4.ª Derecho a la documentación clínica . . . 572

Sección 5.ª Derechos de los pacientes que pertenecen a colectivos que merecen una protección especial . . 573
Sección 6.ª Derechos de los enfermos mentales . . . 573
Sección 7.ª Derecho a manifestar las voluntades anticipadamente . . . 574
CAPÍTULO IV. Derechos de los usuarios de los servicios sanitarios públicos . . . 574
Sección 1.ª Derechos generales . . . 574
Sección 2.ª Garantías de los derechos de los usuarios . . . 575
CAPÍTULO V. Deberes de los usuarios del sistema sanitario . . . 576
TÍTULO II. El sistema sanitario público de las Illes Balears . . . 576
CAPÍTULO I. Estructura y finalidades del sistema . . . 576
CAPÍTULO II. Tipología de actuaciones del sistema sanitario . . . 577
CAPÍTULO III. Plan de salud . . . 580
CAPÍTULO IV. Órganos de participación . . . 581
Sección 1.ª El Consejo de Salud . . . 581
Sección 2.ª Otros órganos de consulta y participación . . . 581
TÍTULO III. Competencias de las administraciones públicas . . . 582
CAPÍTULO I. Competencias del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma . . . 582
CAPÍTULO II. Competencias de los entes territoriales . . . 582
TÍTULO IV. La intervención pública en relación con la salud individual y colectiva . . . 583
CAPÍTULO I. La función inspectora . . . 583
CAPÍTULO II. La potestad sancionadora . . . 584
TÍTULO V. El Servicio de Salud de las Illes Balears . . . 587
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 587
CAPÍTULO II. Estructura y organización . . . 588
CAPÍTULO III. Régimen jurídico . . . 590
CAPÍTULO IV. Régimen financiero y presupuestario . . . 591
CAPÍTULO V. Ordenación funcional de los servicios asistenciales . . . 591
CAPÍTULO VI. Relaciones con la iniciativa privada . . . 593
TÍTULO VI. Ordenación territorial sanitaria . . . 594
CAPÍTULO I. Áreas y sectores de salud . . . 594
CAPÍTULO II. Zonas básicas de salud . . . 595
Disposiciones adicionales . . . 595
Disposiciones transitorias . . . 597
Disposiciones derogatorias . . . 598
Disposiciones finales . . . 598

§ 26. Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears . . . 599

Preámbulo . . . 599
TÍTULO I. Disposiciones Generales . . . 602
TÍTULO II. Prestaciones en materia de salud pública . . . 605
TÍTULO III. Cartera de Servicios de Salud Pública . . . 607
TÍTULO IV. Sistema de Información en Salud Pública . . . 607
TÍTULO V. Sistema de Formación, Investigación e Innovación en Salud Pública . . . 609
TÍTULO VI. Competencias de las Administraciones Públicas en materia de salud pública . . . 610
TÍTULO VII. La Agencia de Salud Pública de las Illes Balears . . . 610
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 610
CAPÍTULO II. Estructura de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears . . . 611
CAPÍTULO III. Régimen económico, presupuestario, contable y patrimonial . . . 612
CAPÍTULO IV. Régimen de personal . . . 613
TÍTULO VIII. Intervención Administrativa en materia de salud pública de las Illes Balears . . . 613
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 613
CAPÍTULO II. De la inspección y del control . . . 615
CAPÍTULO III. Medidas cautelares en salud pública de las Illes Balears . . . 615
TÍTULO IX. Régimen sancionador . . . 623
Disposiciones adicionales . . . 627
Disposiciones derogatorias . . . 628
Disposiciones finales . . . 628

2.10 COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA

§ 27. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana . . . 629

Preámbulo . . . 629
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 632

CAPÍTULO I. Objeto . . . 632
CAPÍTULO II. Principios y definiciones . . . 632
CAPÍTULO III. Atención farmacoterapéutica integral . . . 634
CAPÍTULO IV . . . 635
TÍTULO II. Competencias de la Generalitat y de las entidades locales . . . 637
TÍTULO III. El Sistema Valenciano de Salud . . . 639
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 639
CAPÍTULO II. Planificación . . . 642
CAPÍTULO III. Ordenación territorial . . . 643
CAPÍTULO IV. Medios personales . . . 644
CAPÍTULO V. El Sistema de Información Poblacional (SIP) y los documentos de identificación y acreditación sanitaria . . . 645
CAPÍTULO VI. Participación ciudadana . . . 646
TÍTULO IV. Salud pública . . . 647
CAPÍTULO I. Concepto y funciones de salud pública . . . 647
CAPÍTULO II. Vigilancia e información en salud pública . . . 647
CAPÍTULO III. Promoción de la salud . . . 650
CAPÍTULO IV. Protección de la salud . . . 651
CAPÍTULO V. Prevención de la enfermedad . . . 653
CAPÍTULO VI. Planificación y evaluación del impacto en salud . . . 653
CAPÍTULO VII. Coordinación de los recursos sanitarios . . . 653
TÍTULO V. Derechos y deberes en el ámbito de la salud . . . 654
CAPÍTULO I. Derechos y deberes . . . 654
Sección Primera. Derechos de los pacientes y personas usuarias . . . 654
Sección Segunda. Deberes en el ámbito de la salud . . . 659
CAPÍTULO II. Derechos de la infancia y adolescencia . . . 660
CAPÍTULO III. Asistencia sanitaria en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de la mujer . . . 665
CAPÍTULO IV . . . 666
TÍTULO VI. Drogodependencias y otros trastornos adictivos . . . 666
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 666
CAPÍTULO II. Limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas . . . 668
CAPÍTULO III. Limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas . . . 669
CAPÍTULO IV. Limitaciones a la venta, suministro, consumo, publicidad y promoción de productos del tabaco y dispositivos susceptibles de liberación de nicotina . . . 670
CAPÍTULO V. Actuaciones sobre otras drogas y trastornos adictivos . . . 671
CAPÍTULO VI. Financiación de las actuaciones . . . 672
TÍTULO VII. Docencia, investigación e innovación . . . 672
TÍTULO VIII. Intervención y medidas especiales . . . 674
CAPÍTULO I. Autoridad pública sanitaria y la intervención en materia de sanidad . . . 674
CAPÍTULO II. Medidas especiales cautelares y definitivas . . . 676
TÍTULO IX. Régimen sancionador . . . 677
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 677
CAPÍTULO II. Régimen sancionador en materia de ordenación y asistencia sanitaria . . . 680
CAPÍTULO III. Régimen sancionador en materia de salud pública . . . 681
CAPÍTULO IV. Régimen sancionador en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos . . . 683
Disposiciones adicionales . . . 685
Disposiciones transitorias . . . 685
Disposiciones derogatorias . . . 686
Disposiciones finales . . . 686

2.11 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 28. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud . . . 688

Preámbulo . . . 688
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 691
TÍTULO I. Derechos del ciudadano ante los servicios sanitarios . . . 691
TÍTULO II. De la actuación sanitaria . . . 693
CAPÍTULO I. Principios generales . . . 693
CAPÍTULO II. Salud pública . . . 694
CAPÍTULO III. Salud laboral . . . 694
CAPÍTULO IV. Asistencia sanitaria . . . 695
CAPÍTULO V. El Plan de Salud . . . 697
CAPÍTULO VI. Intervención pública en relación con la salud . . . 697

CAPÍTULO VII. Infracciones y sanciones . . . 699
TÍTULO III. Competencias y funciones de las Administraciones Públicas . . . 700
CAPÍTULO I. Competencias de la Administración de la Comunidad Foral . . . 700
CAPÍTULO II. Competencias sanitarias de los Municipios . . . 701
TÍTULO IV. Ordenación territorial sanitaria . . . 702
CAPÍTULO I. De las estructuras de Atención Primaria de Salud . . . 702
CAPÍTULO II. De las Áreas de Salud . . . 703
CAPÍTULO III. De la Región Sanitaria . . . 703
TÍTULO V. Órgano de participación comunitaria . . . 703
TÍTULO VI. Del Servicio Navarro de Salud . . . 704
CAPÍTULO I. Naturaleza y fines . . . 704
CAPÍTULO II. Estructura orgánica . . . 705
Sección 1ª. Órgano directivo . . . 705
Sección 2ª. Órganos de gestión . . . 706
Sección 3ª. Órganos de participación . . . 707
CAPÍTULO III. Organización de las demarcaciones territoriales sanitarias . . . 707
Sección 1ª. De la Región Sanitaria . . . 707
Sección 2ª. De las Áreas de Salud . . . 707
Sección 3ª. De las estructuras de atención primaria . . . 707
CAPÍTULO IV. De la asistencia especializada . . . 708
CAPÍTULO V. Régimen jurídico de los actos . . . 709
CAPÍTULO VI. Patrimonio . . . 709
CAPÍTULO VII. Hacienda y presupuesto . . . 709
TÍTULO VII. Del personal al servicio del sistema sanitario público de Navarra . . . 710
TÍTULO VIII. De la financiación . . . 711
TÍTULO IX. Colaboración de la iniciativa privada . . . 712
CAPÍTULO PRIMERO. De los conciertos para la prestación de servicios sanitarios . . . 712
CAPÍTULO II. De las subvenciones . . . 713
TÍTULO X. Docencia e investigación sanitaria . . . 714
Disposiciones adicionales . . . 714
Disposiciones transitorias . . . 716
Disposiciones finales . . . 716

2.12 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 29. Ley 17/2008, de 23 de diciembre, de Política Agraria y Alimentaria. [Inclusión parcial] . . . 718

[. . .]

TÍTULO III. De la producción agraria . . . 718
CAPÍTULO I. Principios generales . . . 718
Artículo 22. Subsectores productivos . . . 718
Artículo 23. Métodos de producción . . . 718
Artículo 24. Buenas prácticas higiénicas y agrarias . . . 719
Artículo 25. Identificación, seguridad alimentaria y trazabilidad . . . 719
Artículo 26. Energías renovables . . . 719
Artículo 27. Sociedad de la información . . . 720
CAPÍTULO II. Producción agrícola . . . 720
Artículo 28. De la producción agrícola . . . 720
Artículo 29. Abonos, semillas, y productos fitosanitarios . . . 720
Artículo 30. Sanidad vegetal . . . 720
Artículo 31. Vigilancia y comunicación del estado fitosanitario . . . 720
CAPÍTULO III. Producción ganadera . . . 721
Sección I. Animales de producción . . . 721
Artículo 32. De la producción ganadera . . . 721
Artículo 33. Identificación de los animales . . . 721
Artículo 34. Movimiento de los animales . . . 721
Artículo 35. Requisitos para el bienestar de los animales . . . 721
Sección II. Alimentación animal . . . 722
Artículo 36. Productos para la alimentación animal . . . 722
Artículo 37. Higiene y seguridad de los productos . . . 722
Artículo 38. Registro y autorización . . . 722
Artículo 39. Incumplimientos . . . 722
Sección III. Sanidad animal . . . 723

Artículo 40. Notificación de enfermedades y procesos patológicos. . . . 723
Artículo 41. Declaración oficial de enfermedad. . . . 723
Artículo 42. Residuos de origen animal. . . . 723
Artículo 43. Estiércoles y purines. . . . 724
Sección IV. Razas animales . . . 724
Artículo 44. Razas animales. . . . 724
CAPÍTULO IV. Producción forestal . . . 724
Artículo 45. De la producción forestal. . . . 724
Artículo 46. Sanidad forestal. . . . 725
Artículo 47. Incendios. . . . 725
Artículo 48. Pistas forestales. . . . 725
TÍTULO IV. De la transformación y comercialización agraria y alimentaria . . . 726
CAPÍTULO I. Principios generales . . . 726
Artículo 49. Apoyo e impulso al sector productor. . . . 726
Artículo 50. La identificación de los productos agrarios y alimentarios. . . . 726
Artículo 51. El principio de seguridad en los productos agrarios y alimentarios. . . . 726
Artículo 52. La trazabilidad de los productos agrarios y alimentarios. . . . 727
Artículo 53. La calidad de los productos agrarios y alimentarios. . . . 727
CAPÍTULO II. La seguridad y el control de los productos agrarios y alimentarios . . . 727
Artículo 54. El control de los productos agrarios y alimentarios y el análisis del riesgo. . . . 727
Artículo 55. La gestión de las crisis alimentarias. . . . 727
Artículo 56. La autorización sanitaria. . . . 728
CAPÍTULO III. La calidad agraria y alimentaria . . . 728
Artículo 57. La gestión de la calidad. . . . 728
Artículo 58. Distintivos de calidad y origen. . . . 728
CAPÍTULO IV. La transformación de productos agrarios y alimentarios . . . 729
Artículo 59. Derechos y obligaciones. . . . 729
Artículo 60. Registros. . . . 729
Artículo 61. Desarrollo de la industria agraria y alimentaria. . . . 729
Artículo 62. Asociaciones sectoriales. . . . 730
CAPÍTULO V. La promoción y comercialización de productos agrarios y alimentarios . . . 730
Artículo 63. Promoción de productos agrarios y alimentarios. . . . 730
Artículo 64. Desarrollo de la comercialización agraria y alimentaria. . . . 730
Artículo 65. Mercados y ferias locales tradicionales. . . . 731
TÍTULO V. De la investigación, el desarrollo tecnológico, la innovación y la formación agraria y alimentaria . . . 731
CAPÍTULO I. Programas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación agraria y alimentaria . . . 731
Artículo 66. Principios generales. . . . 731
Artículo 67. Foro de Innovación Agraria y Alimentaria. . . . 732
Artículo 68. Planes sectoriales de investigación, desarrollo e innovación. . . . 732
Artículo 69. Entes científico-tecnológicos de la Comunidad Autónoma del País Vasco. . . . 732
CAPÍTULO II. Formación agraria y alimentaria . . . 732
Artículo 70. Principios generales. . . . 732
Artículo 71. Líneas de actuación en formación profesional agraria. . . . 733

[. . .]

TÍTULO IX. De la intervención administrativa en el sector agrario y alimentario . . . 733

[. . .]

CAPÍTULO IV. Inspección y sanción . . . 734
TÍTULO X. Inspección y régimen de infracciones y sanciones . . . 734
CAPÍTULO I. Inspección . . . 734
Artículo 101. Control y verificación. . . . 734
Artículo 102. Inspección. . . . 734
Artículo 103. Acta de inspección. . . . 735
CAPÍTULO II. Régimen de infracciones y sanciones . . . 735
Artículo 104. Infracciones y sanciones en materia de suelo agrario. . . . 735
Artículo 105. Infracciones y sanciones en materia agraria. . . . 735
Artículo 106. Infracciones en materia alimentaria. . . . 736
Artículo 106 bis. Infracciones leves en materia alimentaria. . . . 736
Artículo 106 ter. Infracciones graves en materia alimentaria. . . . 737
Artículo 106 quáter. Infracciones muy graves en materia alimentaria. . . . 740
Artículo 107. Sanciones en materia alimentaria. . . . 741
Artículo 108. Graduación de las sanciones en materia alimentaria. . . . 742
Artículo 109. Medidas complementarias en materia alimentaria. . . . 742
Artículo 110. Responsabilidad por las infracciones en materia alimentaria. . . . 743

Artículo 111. Concurrencia de infracciones en materia alimentaria. 743
Artículo 111 bis. Reincidencia. 743
Artículo 111 ter. Prescripción. 743
Artículo 111 quáter. Registro y publicidad de las sanciones. 743
Artículo 112. Procedimiento sancionador. 743

[. . .]

Disposiciones adicionales 744
Disposición adicional tercera. Derechos lingüísticos. 744

[. . .]

[. . .]

3. ESTRATEGIA SANITARIA

3.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

§ 30. Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas 745

Preámbulo 745
TÍTULO I. Disposiciones generales 747
TÍTULO II. De la prevención 748
TÍTULO III. De la atención 751
TÍTULO IV. De las medidas de control 754
CAPÍTULO I. Drogas no institucionalizadas 754
CAPÍTULO II. Drogas institucionalizadas 754
TÍTULO V. De la organización y participación 756
CAPÍTULO I. Competencias 756
CAPÍTULO II. Planificación y evaluación 757
CAPÍTULO III. Colaboración con las Corporaciones Locales 757
CAPÍTULO IV. Movimiento asociativo e iniciativa social 757
CAPÍTULO V. De la coordinación 759
TÍTULO VI. Del régimen sancionador 759
CAPÍTULO I. Infracciones y sanciones 759
CAPÍTULO II. Competencias 761
Disposiciones adicionales 761
Disposiciones transitorias 762
Disposiciones derogatorias 762
Disposiciones finales 762

3.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

§ 31. Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias 763

Preámbulo 763
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales 766
TÍTULO I. Prevención de drogodependencias 768
CAPÍTULO I. Objetivos generales 768
CAPÍTULO II. Prevención a través de medidas para la reducción de la demanda de drogas 768
CAPÍTULO III. Prevención a través de medidas para la reducción de la oferta 770
Sección 1.ª Limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco 770
Sección 2.ª Limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas 771
Sección 3.ª Limitaciones a la venta y consumo de tabaco 771
Sección 4.ª Control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas 773
TÍTULO II. Asistencia y reinserción social 773
CAPÍTULO I. Objetivos generales y criterios de actuación 773
CAPÍTULO II. Organización de la atención 775
CAPÍTULO III. Ámbitos judicial, penitenciario y laboral 776
TÍTULO III. Organización y participación social 777
CAPÍTULO I. Competencias de las Administraciones públicas 777

CAPÍTULO II. Plan autonómico sobre drogas . . . 778
CAPÍTULO III. Coordinación institucional . . . 778
CAPÍTULO IV. Participación social . . . 779
TÍTULO IV. Financiación, inspección y régimen sancionador . . . 779
CAPÍTULO I. Financiación e inspección. . . . 779
CAPÍTULO II. Disposiciones generales sobre régimen sancionador . . . 780
CAPÍTULO III. Infracciones. . . . 781
CAPÍTULO IV. Sanciones. . . . 782
Disposiciones adicionales . . . 782
Disposiciones transitorias . . . 782
Disposiciones derogatorias . . . 782
Disposiciones finales . . . 783

3.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

§ 32. Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias . . . 784

Preámbulo . . . 784
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales. . . . 786
TÍTULO I. La prevención de las drogodependencias . . . 787
TÍTULO II. Asistencia e integración social . . . 789
TÍTULO III. Reducción de la oferta. . . . 791
CAPÍTULO ÚNICO. De las limitaciones a la publicidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco . . . 791
TÍTULO IV. Planificación, coordinación y participación . . . 794
CAPÍTULO I. Plan Canario sobre Drogas. . . . 794
CAPÍTULO II. De la coordinación y de la participación social . . . 795
TÍTULO V. Competencias de las Administraciones Públicas. . . . 796
CAPÍTULO I. Competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias. . . . 796
CAPÍTULO II. Competencias de la Administración Local . . . 796
TÍTULO VI. Financiación . . . 797
TÍTULO VII. Infracciones y sanciones. . . . 798
Disposiciones adicionales . . . 800
Disposiciones transitorias . . . 801
Disposiciones derogatorias . . . 802
Disposiciones finales . . . 802

3.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 33. Ley 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias . . . 803

Preámbulo . . . 803
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales. . . . 804
TÍTULO I. De la reducción de la demanda . . . 806
TÍTULO II. De la asistencia y la incorporación social . . . 807
CAPÍTULO I. De las medidas generales de asistencia e incorporación social . . . 807
CAPÍTULO II. De los derechos y deberes de las personas drogodependientes ante los sistemas sanitarios y de acción social . . . 809
CAPÍTULO III. Del Sistema de Asistencia e Incorporación Social del Drogodependiente . . . 811
TÍTULO III. De la reducción de la oferta . . . 813
CAPÍTULO I. De las limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco . . . 813
CAPÍTULO II. De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas . . . 814
CAPÍTULO III. De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco . . . 815
CAPÍTULO IV. De otras medidas de control . . . 815
TÍTULO IV. De los instrumentos de planificación, coordinación y participación . . . 816
CAPÍTULO I. Del Plan Regional sobre Drogas . . . 816
CAPÍTULO II. De la coordinación. . . . 816
CAPÍTULO III. De la participación social . . . 818
CAPÍTULO IV. De la investigación . . . 819
CAPÍTULO V. De la formación. . . . 820
CAPÍTULO VI. Del control parlamentario . . . 820

TÍTULO V. De las competencias de las Administraciones Públicas . . . 821
TÍTULO VI. De las infracciones y sanciones . . . 822
TÍTULO VII. De la financiación . . . 824
Disposiciones adicionales . . . 825
Disposiciones transitorias . . . 825
Disposiciones derogatorias . . . 826
Disposiciones finales . . . 826

3.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 34. Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León . . . 827

Preámbulo . . . 827
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 829
TÍTULO I. De la reducción de la demanda a través de las medidas preventivas . . . 830
TÍTULO II. De la asistencia y la integración social . . . 832
CAPÍTULO I. De las medidas generales de asistencia e integración social . . . 832
CAPÍTULO II. De los derechos de las personas drogodependientes ante los sistemas sanitario y de acción social . . . 834
CAPÍTULO III. De sistema de asistencia e integración social del drogodependiente . . . 835
TÍTULO III. De la reducción de la oferta a través de las medidas de control . . . 836
CAPÍTULO I. De las limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco . . . 836
CAPÍTULO II. De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas . . . 838
CAPÍTULO III. De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco . . . 840
CAPÍTULO IV. De otras medidas de control . . . 840
TÍTULO IV. De los instrumentos de planificación, coordinación y participación . . . 841
CAPÍTULO I. Del Plan Regional sobre Drogas . . . 841
CAPÍTULO II. De la coordinación . . . 842
CAPÍTULO III. De la participación social . . . 843
CAPÍTULO IV. De la investigación . . . 843
CAPÍTULO V. De la formación . . . 844
TÍTULO V. De las competencias de las Administraciones Públicas . . . 844
TÍTULO VI. Del régimen de inspección y sanción . . . 846
CAPÍTULO I. De la inspección en materia de drogas . . . 846
CAPÍTULO II. De las infracciones y sanciones . . . 847
TÍTULO VII. De la financiación . . . 852
Disposiciones adicionales . . . 852
Disposiciones transitorias . . . 853
Disposiciones derogatorias . . . 854
Disposiciones finales . . . 854

3.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

§ 35. Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos . . . 855

Preámbulo . . . 855
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 858
TÍTULO II. De la prevención de las drogodependencias . . . 860
CAPÍTULO I. Reducción de la demanda . . . 860
CAPÍTULO II. Reducción de la oferta . . . 861
TÍTULO III. De la asistencia y la integración social de las personas drogodependientes . . . 865
CAPÍTULO I. Asistencia a drogodependientes . . . 865
CAPÍTULO II. De los derechos y deberes de las personas drogodependientes . . . 866
CAPÍTULO III. De la asistencia e integración social del drogodependiente . . . 868
CAPÍTULO IV. De otros ámbitos prioritarios de actuación . . . 869
TÍTULO IV. De la formación, investigación, evaluación y sistemas de información . . . 870
CAPÍTULO I. De la formación . . . 870
CAPÍTULO II. De la investigación, evaluación y sistemas de información . . . 872
TÍTULO V. De la organización y participación social . . . 873
CAPÍTULO I. De la organización . . . 873
CAPÍTULO II. De la coordinación institucional . . . 874
CAPÍTULO III. De la participación social y el voluntariado . . . 875

TÍTULO VI. De las competencias de las Administraciones Públicas . . . 876
CAPÍTULO I. De las competencias de la Administración Regional . . . 876
CAPÍTULO II. De las competencias de las Entidades Locales . . . 876
TÍTULO VII. De la financiación . . . 877
TÍTULO VIII. Del régimen de infracciones y sanciones . . . 878
CAPÍTULO I. De la inspección y medidas cautelares . . . 878
CAPÍTULO II. De las infracciones y sanciones . . . 879
Disposiciones adicionales . . . 882
Disposiciones transitorias . . . 882
Disposiciones derogatorias . . . 882
Disposiciones finales . . . 883

3.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 36. Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia . . . 884

Preámbulo . . . 884
TÍTULO I. Del objeto de la Ley . . . 885
TÍTULO II. De las medidas preventivas generales . . . 886
TÍTULO III. De las medidas de prevención y asistencia de la dependencia de drogas no institucionalizadas . . . 887
TÍTULO IV. De las medidas de control de la promoción de bebidas alcohólicas y de medidas de asistencia en la dependencia alcohólica . . . 889
CAPÍTULO I. De las medidas de control . . . 889
CAPÍTULO II. De las medidas de asistencia . . . 891
TÍTULO V. De las medidas de control de la promoción del tabaco y demás medidas . . . 892
CAPITULO I. De las medidas limitativas . . . 892
CAPÍTULO II. De otras medidas . . . 894
TÍTULO VI. De otras dependencias . . . 895
TÍTULO VII. De las medidas de ordenación y demás medidas generales . . . 895
CAPÍTULO I. De la ordenación . . . 895
CAPÍTULO II. De la coordinación . . . 896
CAPÍTULO III. De la investigación . . . 897
CAPÍTULO IV. De la financiación . . . 897
CAPÍTULO V. Del régimen sancionador . . . 897
Disposiciones adicionales . . . 899
Disposiciones finales . . . 900

3.8 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

§ 37. Ley 1/1999, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura . . . 901

Preámbulo . . . 901
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 903
TÍTULO I. De las medidas de prevención de las drogodependencias a partir de la reducción de la demanda . . . 905
CAPÍTULO I. Medidas generales . . . 905
CAPÍTULO II. De las medidas de control de la promoción y publicidad . . . 907
TÍTULO II. De las medidas preventivas a partir de la reducción de la oferta de sustancias de abuso . . . 909
CAPÍTULO I. De las limitaciones a la venta, distribución, dispensación y consumo de tabaco y sus labores . . . 909
CAPÍTULO II. De la prevención de otras adicciones . . . 910
TÍTULO III. De las medidas asistenciales a personas afectadas por las drogodependencias . . . 910
CAPÍTULO I. Criterios generales . . . 910
CAPÍTULO II. De los centros de atención a las drogodependencias . . . 911
CAPÍTULO III. De los derechos de las personas drogodependientes en relación con la asistencia . . . 913
CAPÍTULO IV. De la asistencia a los drogodependientes por los servicios de atención en la Comunidad Autónoma Extremeña . . . 913
CAPÍTULO V. Ámbito judicial y penitenciario . . . 914
CAPÍTULO VI. Ámbito laboral . . . 914
TÍTULO IV. De las medidas de reinserción del drogodependiente . . . 915
CAPÍTULO I. Criterios generales de actuación . . . 915

CAPÍTULO II. De las medidas de reinserción a través de los diferentes niveles de intervención en las drogodependencias . . . 915
TÍTULO V. De la organización y financiación . . . 916
CAPÍTULO I. De la organización y competencias administrativas . . . 916
CAPÍTULO II. De la financiación . . . 918
TÍTULO VI. Del régimen de infracciones y sanciones . . . 919
Disposiciones adicionales . . . 921
Disposiciones transitorias . . . 922
Disposiciones finales . . . 922

3.9 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

§ 38. Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia, sobre drogas. . . . 923

Preámbulo . . . 923
TÍTULO PRELIMINAR. Del objeto de la Ley . . . 926
TÍTULO I. De la prevención de las drogodependencias . . . 926
CAPÍTULO I. De las medidas preventivas . . . 926
CAPÍTULO II. De la promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco . . . 928
Sección 1.ª De las limitaciones a la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco . . . 928
Sección 2.ª Del suministro y venta de bebidas alcohólicas y tabaco . . . 929
Sección 3.ª Desarrollo reglamentario . . . 929
TÍTULO II. De la asistencia y reinserción de los afectados por el consumo de drogas . . . 930
TÍTULO III. De la organización y la participación social . . . 932
CAPÍTULO I. De la atribución de competencias . . . 932
CAPÍTULO II. De la planificación y la ordenación . . . 932
CAPÍTULO III. De la participación social . . . 933
CAPÍTULO IV. De la coordinación . . . 934
CAPÍTULO V. De la formación, investigación y documentación . . . 934
CAPÍTULO VI. De la financiación . . . 935
TÍTULO IV. De la función inspectora y el régimen sancionador . . . 935
CAPÍTULO I. De la función inspectora y de vigilancia . . . 935
CAPÍTULO II. Régimen sancionador . . . 935
CAPÍTULO III. De las infracciones . . . 936
CAPÍTULO IV. De las sanciones . . . 937
Disposiciones transitorias . . . 938
Disposiciones derogatorias . . . 938
Disposiciones finales . . . 938

§ 39. Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad . . . 939

Preámbulo . . . 939
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 943
TÍTULO I. Prevención del consumo de alcohol en menores de edad . . . 946
CAPÍTULO I. Medidas de prevención . . . 946
CAPÍTULO II. Limitaciones de la oferta de bebidas alcohólicas a los menores de edad . . . 948
TÍTULO II. Instrumentos de intervención para garantizar las actuaciones en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad . . . 951
CAPÍTULO I. Información y control . . . 951
CAPÍTULO II. Financiación . . . 952
CAPÍTULO III. Régimen sancionador . . . 952
Sección 1.ª De las infracciones . . . 952
Sección 2.ª De las sanciones . . . 954
Sección 3.ª Procedimiento sancionador . . . 957
TÍTULO III. De la planificación, coordinación y participación social . . . 958
Disposiciones adicionales . . . 959
Disposiciones transitorias . . . 959
Disposiciones derogatorias . . . 959
Disposiciones finales . . . 959

3.10 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

§ 40. Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social . . . 961

Preámbulo . . . 961
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 962
TÍTULO I. De la prevención de las drogodependencias . . . 964
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 964
CAPÍTULO II. De la prevención a través de las medidas para la reducción de la demanda de drogas . . . 964
CAPÍTULO III. De la prevención a través de las medidas para la reducción de la oferta de drogas . . . 965
Sección Primera. De las limitaciones a la publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas y tabaco . . . 965
Sección Segunda. De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas . . . 967
Sección Tercera. De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco . . . 968
Sección Cuarta. De la prevención de otras dependencias . . . 969
TÍTULO II. De la asistencia . . . 970
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 970
CAPÍTULO II. Actuaciones preferentes . . . 971
TÍTULO III. De la integración social . . . 972
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 972
CAPÍTULO II. Actuaciones preferentes . . . 972
TÍTULO IV. De los instrumentos de planificación, coordinación y participación . . . 973
CAPÍTULO I. Del Plan Regional sobre Drogas . . . 973
CAPÍTULO II. De la participación . . . 974
TÍTULO V. De las competencias de las Administraciones públicas, regional y local . . . 975
CAPÍTULO I. De la Administración pública regional . . . 975
CAPÍTULO II. De la Administración local . . . 976
TÍTULO VI. De las infracciones y sanciones . . . 977
TÍTULO VII. De la financiación . . . 979
Disposiciones adicionales . . . 980
Disposiciones transitorias . . . 981
Disposiciones derogatorias . . . 981
Disposiciones finales . . . 981

3.11 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

§ 41. Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones . . . 982

Preámbulo . . . 982
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 985
TÍTULO I. Medidas preventivas . . . 988
CAPÍTULO I. De la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos . . . 988
CAPÍTULO II. Medidas preventivas y criterios de actuación . . . 989
TÍTULO II. Asistencia e inserción social de las personas con drogodependencias y otras adicciones . . . 991
CAPÍTULO I. De las medidas generales . . . 991
CAPÍTULO II. Medidas de asistencia y criterios de actuación . . . 992
CAPÍTULO III. Medidas de inserción social y criterios de actuación . . . 993
CAPÍTULO IV. De la red de asistencia e inserción social del drogodependiente . . . 994
CAPÍTULO V. La información y vigilancia epidemiológica sobre drogas . . . 996
TÍTULO III. De la reducción de la oferta a través de las medidas de control . . . 997
CAPÍTULO I. De las medidas de control de la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco . . . 997
CAPÍTULO II. De las medidas de control de la venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco . . . 999
CAPÍTULO III. Del control de los medicamentos, estupefacientes y psicótropos . . . 1002
CAPÍTULO IV. Del control del consumo de otras sustancias y productos adictivos . . . 1003
TÍTULO IV. De la organización institucional y de la promoción de la iniciativa social . . . 1004
CAPÍTULO I. Del Plan Riojano de Drogodependencia y otras Adicciones y los Planes Municipales sobre Drogodependencias . . . 1004
CAPÍTULO II. De la ordenación y coordinación institucional . . . 1005
CAPÍTULO III. De la participación social . . . 1006
TÍTULO V. De la formación, investigación y documentación . . . 1007
TÍTULO VI. De las competencias de las Administraciones públicas . . . 1008
TÍTULO VII. De las infracciones y sanciones . . . 1010

TÍTULO VIII. De la financiación . . . 1019
Disposiciones adicionales . . . 1019
Disposiciones transitorias . . . 1020
Disposiciones derogatorias . . . 1020
Disposiciones finales . . . 1021

3.12 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

§ 42. Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears. . 1022

Preámbulo . . . 1022
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 1025
TÍTULO I. Medidas relativas a las drogodependencias y otras adicciones . . . 1028
CAPÍTULO I. De las medidas generales de prevención . . . 1028
Sección 1.ª De la prevención en general . . . 1028
Sección 2.ª De los diferentes ámbitos de actuación de las administraciones públicas . . . 1029
CAPÍTULO II. De las medidas especiales de prevención y control del consumo del tabaco . . . 1032
Sección 1.ª Limitaciones a la promoción y publicidad de tabaco . . . 1032
Sección 2.ª Limitaciones de la venta y del consumo de tabaco . . . 1033
CAPÍTULO III. De las actuaciones sobre el juego patológico . . . 1035
CAPÍTULO IV. De les actuaciones sobre otras drogas y otras adicciones . . . 1035
CAPÍTULO V. De la atención a las personas con adicciones. . . . 1036
Sección 1.ª De los principios básicos . . . 1036
Sección 2.ª Centros, servicios y programas de atención públicos . . . 1037
Sección 3.ª Autorización y registro de centros y servicios de atención a los drogodependientes. . . . 1038
Sección 4.ª La incorporación social . . . 1039
Sección 5.ª Niveles de asistencia . . . 1039
CAPÍTULO VI. De la investigación y la formación. . . . 1040
TÍTULO II. Organización y competencias de las administraciones públicas . . . 1040
CAPÍTULO I. Competencias de las administraciones públicas . . . 1040
Sección 1.ª De la comunidad autónoma de las Illes Balears . . . 1040
Sección 2.ª Competencias de los entes territoriales . . . 1041
CAPÍTULO II. La coordinación. . . . 1042
Sección 1.ª El coordinador sobre drogas de las Illes Balears . . . 1042
Sección 2.ª Otros órganos de coordinación . . . 1043
CAPÍTULO III. Instrumentos de planificación y participación . . . 1043
Sección 1.ª El Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears . . . 1043
Sección 2.ª Participación social . . . 1044
TÍTULO III. Régimen sancionador . . . 1045
Disposiciones adicionales . . . 1047
Disposiciones transitorias . . . 1047
Disposiciones derogatorias . . . 1048
Disposiciones finales . . . 1048

3.13 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

§ 43. Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid . . . 1049

Preámbulo . . . 1049
CAPÍTULO I. De la naturaleza y funciones . . . 1051
CAPÍTULO II. De los órganos de gobierno . . . 1052
CAPÍTULO III. Del órgano de participación y consulta . . . 1054
CAPÍTULO IV. Del régimen jurídico . . . 1054
CAPÍTULO V. De la Hacienda . . . 1055
CAPÍTULO VI. Del régimen presupuestario, de la fiscalización y control y de la contratación . . . 1055
CAPÍTULO VII. Del personal al servicio de la Agencia. . . . 1055
Disposiciones adicionales . . . 1056
Disposiciones transitorias . . . 1056
Disposiciones finales . . . 1056

§ 44. Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 1057

Preámbulo 1057
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales 1060
TÍTULO I. De la reducción de la demanda a través de medidas preventivas 1063
CAPÍTULO I. De la prevención de las drogodependencias y de otros trastornos adictivos 1063
CAPÍTULO II. De la prevención escolar y comunitaria de las drogodependencias y de otros trastornos adictivos 1065
TÍTULO II. Asistencia e integración 1066
CAPÍTULO I. Asistencia a drogodependientes 1066
CAPÍTULO II. De los derechos y deberes de los pacientes. 1069
CAPÍTULO III. Del sistema de asistencia al drogodependiente 1071
CAPÍTULO IV. Integración del drogodependiente 1071
CAPÍTULO V. De los centros de asistencia e integración en el ámbito de las drogodependencias 1072
TÍTULO III. Del control de la oferta. 1073
CAPÍTULO I. De las limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco 1073
CAPÍTULO II. De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas 1075
CAPÍTULO III. De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco 1076
CAPÍTULO IV. Estupefacientes y psicotropos 1078
CAPÍTULO V. Otras medidas 1078
TÍTULO IV. De la organización y competencias de las Administraciones Públicas 1079
TÍTULO V. De la financiación 1080
TÍTULO VI. Del régimen de infracciones y sanciones 1081
CAPÍTULO I. De la inspección y medidas cautelares 1081
CAPÍTULO II. De las infracciones y sanciones 1082
Disposiciones adicionales 1086
Disposiciones transitorias 1087
Disposiciones derogatorias 1087
Disposiciones finales 1088

3.14 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 45. Ley 12/2012, de 21 de junio, contra el Dopaje en el Deporte 1090

Preámbulo 1090
CAPÍTULO I. Disposiciones generales 1094
CAPÍTULO II. Controles de dopaje 1102
CAPÍTULO III. Régimen disciplinario y administrativo sancionador del dopaje 1109
CAPÍTULO IV. Medidas de prevención 1124
CAPÍTULO V. Régimen de los datos relativos al dopaje 1127
CAPÍTULO VI. Federaciones deportivas internacionales y demás entidades que rigen, en el ámbito internacional, la actividad deportiva 1127
Disposiciones adicionales 1128
Disposiciones transitorias 1130
Disposiciones derogatorias 1131
Disposiciones finales 1131
ANEXO. Definiciones 1132

§ 46. Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias 1139

Preámbulo 1139
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales 1146
TÍTULO PRIMERO. Promoción de la salud y prevención de las adicciones 1151
CAPÍTULO I. Promoción de la salud 1151
CAPÍTULO II. Prevención de las adicciones 1152
TÍTULO II. Reducción de la oferta 1159
CAPÍTULO I. De las limitaciones a la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de bebidas alcohólicas 1160
Sección 1.ª Limitaciones a la publicidad y a la promoción del consumo de bebidas alcohólicas 1160
Sección 2.ª Limitaciones al suministro y venta de bebidas alcohólicas 1162
Sección 3.ª Limitaciones al consumo de bebidas alcohólicas. 1163
CAPÍTULO II. De las limitaciones a la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de tabaco 1163
Sección 1.ª Limitaciones a la publicidad y a la promoción del consumo de tabaco 1163
Sección 2.ª Limitaciones al suministro y venta de tabaco 1164

Sección 3.ª Limitaciones al consumo de tabaco en cuanto que afecta a terceras personas . . . 1165
CAPÍTULO III. De las limitaciones a la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina . . . 1167
CAPÍTULO IV. Limitaciones a otras sustancias . . . 1168
CAPÍTULO V. Limitaciones sobre los servicios o establecimientos relacionados con conductas susceptibles de generar adicciones comportamentales . . . 1169
TÍTULO III. Asistencia sanitaria y sociosanitaria . . . 1171
TÍTULO IV. Inclusión social . . . 1173
TÍTULO V. Desarrollo y gestión del conocimiento . . . 1174
TÍTULO VI. Organización institucional, coordinación, planificación e iniciativa social . . . 1176
CAPÍTULO I. Ordenación y coordinación entre Administraciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi . . . 1176
Sección 1.ª Distribución competencial entre las administraciones públicas vascas . . . 1176
Sección 2.ª Planificación . . . 1178
CAPÍTULO II. Órganos de coordinación, dirección, consulta, asesoramiento y participación social en materia de adicciones . . . 1179
CAPÍTULO III. Iniciativa social . . . 1181
TÍTULO VII. Infracciones y sanciones . . . 1183
Disposiciones adicionales . . . 1191
Disposiciones transitorias . . . 1191
Disposiciones derogatorias . . . 1191
Disposiciones finales . . . 1191

3.15 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

§ 47. Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas . . . 1193

Preámbulo . . . 1193
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 1197
TÍTULO I. De la prevención del consumo de drogas y bebidas alcohólicas . . . 1201
CAPÍTULO I. Medidas para la reducción de la demanda . . . 1201
CAPÍTULO II. Medidas para el control de la oferta . . . 1205
Sección 1.ª Venta, consumo, publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas . . . 1205
Sección 2.ª Venta, consumo, publicidad y promoción de tabaco y dispositivos electrónicos de nicotina . . . 1207
Sección 3.ª De las limitaciones aplicables a otras sustancias . . . 1207
TÍTULO II. De la asistencia e incorporación social . . . 1208
CAPÍTULO I. La asistencia . . . 1208
CAPÍTULO II. La incorporación social . . . 1210
TÍTULO III. De las infracciones y sanciones . . . 1210
TÍTULO IV. De la planificación sobre drogas y de la ordenación de centros y servicios . . . 1215
TÍTULO V. De la participación, de la información, de la investigación y de la evaluación . . . 1216
TÍTULO VI. De la financiación . . . 1217
Disposiciones adicionales . . . 1217
Disposiciones derogatorias . . . 1217
Disposiciones finales . . . 1217

3.16 COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

§ 48. Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco . . . 1219

Preámbulo . . . 1219
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 1222
TÍTULO I. Actuaciones de prevención y promoción . . . 1223
CAPÍTULO I. Objetivos generales . . . 1223
CAPÍTULO II. Objetivos específicos . . . 1223
CAPÍTULO III. Atención sanitaria . . . 1224
CAPÍTULO IV. Competencias de las administraciones públicas . . . 1225
TÍTULO II. Actuaciones de protección . . . 1226
CAPÍTULO I. Limitaciones a la comunicación comercial y promoción del tabaco . . . 1226
CAPÍTULO II. Limitaciones a la venta . . . 1227
CAPÍTULO III. Protección del aire respirable de la contaminación del humo del tabaco . . . 1227
TÍTULO III. Régimen sancionador . . . 1229
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 1229

CAPÍTULO II. Infracciones . . . 1230
CAPÍTULO III. Sanciones . . . 1231
Disposiciones adicionales . . . 1231
Disposiciones transitorias . . . 1231
Disposiciones derogatorias . . . 1231
Disposiciones finales . . . 1232

§ 49. Ley Foral 10/2021, de 18 de junio, por la que se regula el derecho al cribado neonatal ampliado en Navarra . . . 1233

Preámbulo . . . 1233
Artículos . . . 1235
Disposiciones adicionales . . . 1236
Disposiciones transitorias . . . 1236
Disposiciones derogatorias . . . 1237
Disposiciones finales . . . 1237

4. ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA

4.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

§ 50. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias . . . 1238

Preámbulo . . . 1238
TÍTULO PRELIMINAR . . . 1240
TÍTULO I. Sistema Canario de la Salud . . . 1240
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 1240
CAPÍTULO II. Derechos y deberes de los ciudadanos en el Sistema Canario de la Salud . . . 1241
Sección 1.ª Derechos . . . 1241
Sección 2.ª Deberes . . . 1244
Sección 3.ª Efectividad de los derechos y los deberes . . . 1245
CAPÍTULO III. Plan de Salud de Canarias . . . 1245
CAPÍTULO IV. Órganos de dirección y participación del Sistema Canario de la Salud . . . 1247
Sección 1.ª Órganos de dirección . . . 1247
Sección 2.ª Órgano superior de participación . . . 1247
TÍTULO II. Estructura pública sanitaria de Canarias . . . 1248
CAPÍTULO I. Definición y funciones . . . 1248
CAPÍTULO II. Intervención administrativa de las actividades que pueden repercutir sobre la salud . . . 1250
CAPÍTULO III. Asistencia sanitaria . . . 1252
CAPÍTULO IV. Infracciones y sanciones . . . 1254
CAPÍTULO V. Competencias de las Administraciones públicas de Canarias . . . 1256
Sección 1.ª Competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias . . . 1256
Sección 2.ª Competencias de los entes locales insulares y municipales . . . 1257
TÍTULO III. Servicio Canario de la Salud . . . 1258
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 1258
CAPÍTULO II. Atribuciones de los órganos de gobierno de la Administración de la Comunidad Autónoma respecto del Servicio Canario de la Salud . . . 1260
CAPÍTULO III. Órganos centrales . . . 1260
Sección 1.ª Consejo de Dirección . . . 1261
Sección 2.ª Director del Servicio Canario de Salud . . . 1262
Sección 3.ª Otros órganos centrales . . . 1263
CAPÍTULO IV. Áreas de Salud . . . 1263
Sección 1.ª Disposiciones generales . . . 1263
Sección 2.ª Organización . . . 1264
Subsección 1.ª Órganos de dirección . . . 1264
Subsección 2.ª Órgano de participación . . . 1266
Subsección 3.ª Órganos de prestación de servicios sanitarios . . . 1267
CAPÍTULO V. Red Hospitalaria de Utilización Pública . . . 1271
CAPÍTULO VI. Centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud . . . 1273
CAPÍTULO VII. Medios personales . . . 1273
CAPÍTULO VIII. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 1274
CAPÍTULO IX. Régimen económico-financiero . . . 1274
CAPÍTULO X. Régimen de impugnación de los actos . . . 1275
TÍTULO IV. Docencia e investigación . . . 1275

CAPÍTULO I. Docencia . . . 1275
CAPÍTULO II. Investigación . . . 1276
Disposiciones adicionales . . . 1277
Disposiciones transitorias . . . 1280
Disposiciones derogatorias . . . 1281
Disposiciones finales . . . 1281

4.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

§ 51. Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria . . . 1282

Preámbulo . . . 1282
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 1288
TÍTULO II. Del sistema sanitario público de Cantabria . . . 1289
CAPÍTULO I. Definición, características y estructura . . . 1289
CAPÍTULO II. Organización territorial del sistema sanitario público de Cantabria . . . 1291
CAPÍTULO III. Organización funcional del sistema sanitario público de Cantabria . . . 1291
CAPÍTULO IV. Personal del sistema sanitario público de Cantabria . . . 1293
CAPÍTULO V. Financiación del sistema sanitario público de Cantabria . . . 1294
TÍTULO III. De los ciudadanos en el sistema autonómico de salud . . . 1294
CAPÍTULO I. Derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la asistencia sanitaria . . . 1294
CAPÍTULO II. Deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria . . . 1301
CAPÍTULO III. La participación . . . 1302
CAPÍTULO IV. Garantías de los derechos y deberes de los ciudadanos . . . 1303
TÍTULO IV. De las Administraciones Públicas en el Sistema Sanitario Público de Cantabria . . . 1304
TÍTULO V. Del plan de salud de Cantabria . . . 1306
TÍTULO VI. De las actuaciones en materia de salud . . . 1307
CAPÍTULO I. Actuaciones relacionadas con la salud pública . . . 1307
CAPÍTULO II. Actuaciones relacionadas con la salud laboral . . . 1308
CAPÍTULO III. Actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria y los medicamentos . . . 1308
CAPÍTULO IV. Actuaciones relacionadas con la historia clínica . . . 1309
CAPÍTULO V. Intervención administrativa en materia sanitaria . . . 1311
CAPÍTULO VI. Infracciones y sanciones . . . 1313
TÍTULO VII. De la colaboración con la red sanitaria de titularidad privada . . . 1316
TÍTULO VIII. De la docencia y la investigación sanitarias en el sistema autonómico de salud . . . 1319
TÍTULO IX. De la Fundación «Marqués de Valdecilla» . . . 1320
CAPÍTULO I. Naturaleza y fines . . . 1320
CAPÍTULO II. Organización . . . 1320
CAPÍTULO III. El Instituto de Formación e Investigación «Marqués de Valdecilla» . . . 1320
CAPÍTULO IV. Del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria . . . 1320
Disposiciones adicionales . . . 1320
Disposiciones transitorias . . . 1323
Disposiciones derogatorias . . . 1323
Disposiciones finales . . . 1324

4.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

§ 52. Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León . . . 1325

Preámbulo . . . 1325
TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales . . . 1328
TÍTULO I. Los usuarios del Sistema de Salud de Castilla y León . . . 1329
TÍTULO II. Competencias en materia de sanidad . . . 1330
TÍTULO III. El Sistema Público de Salud de Castilla y León . . . 1332
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 1332
CAPÍTULO II. Ordenación territorial . . . 1333
CAPÍTULO III. Ordenación funcional . . . 1334
CAPÍTULO IV. Red Asistencial Sanitaria de Utilización Pública . . . 1337
TÍTULO IV. El Servicio de Salud de Castilla y León . . . 1338
CAPÍTULO I. Disposiciones generales . . . 1338
CAPÍTULO II. Funciones y planes . . . 1339
CAPÍTULO III. Estructura y organización . . . 1340
CAPÍTULO IV. Recursos humanos y medios materiales . . . 1342

Sección Primera. Recursos Humanos . . . 1342
Sección Segunda. Medios materiales . . . 1342
CAPÍTULO V. Régimen económico financiero . . . 1342
CAPÍTULO VI. Régimen jurídico . . . 1343
TÍTULO V. Participación y asesoramiento en el Sistema de Salud de Castilla y León . . . 1344
TÍTULO VI. Planificación, calidad y acreditación . . . 1346
CAPÍTULO I. Planificación . . . 1346
CAPÍTULO II. Calidad y acreditación . . . 1347
TÍTULO VII. Formación e investigación . . . 1348
CAPÍTULO I. Formación . . . 1348
CAPÍTULO II. Investigación . . . 1349
TÍTULO VIII. Las relaciones con la iniciativa privada . . . 1349
TÍTULO IX. Intervención pública en materia sanitaria . . . 1350
TÍTULO X. Régimen sancionador . . . 1352
CAPÍTULO I. Infracciones y sanciones . . . 1352
CAPÍTULO II. Potestad sancionadora . . . 1354
Disposiciones adicionales . . . 1355
Disposiciones transitorias . . . 1355
Disposiciones derogatorias . . . 1356
Disposiciones finales . . . 1356
ANEXO . . . 1356

4.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

§ 53. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha . . . 1357

Preámbulo . . . 1357
TÍTULO I. Disposiciones generales . . . 1360
TÍTULO II. De los ciudadanos . . . 1361
TÍTULO III. Del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha . . . 1361
TÍTULO IV. Plan de Salud de Castilla-La Mancha . . . 1362
TÍTULO V. Del sistema sanitario . . . 1363
CAPÍTULO I. Concepto y características . . . 1363
CAPÍTULO II. Del Consejo de Salud de Castilla-La Mancha . . . 1364
CAPÍTULO III. De las funciones y actuaciones del Sistema Sanitario . . . 1366
Sección 1.ª De las funciones . . . 1366
Sección 2.ª Actuaciones . . . 1366
Sección 3.ª Intervención administrativa en relación con la salud individual y colectiva . . . 1367
Sección 4.ª De las infracciones y sanciones . . . 1369
CAPÍTULO IV. Financiación . . . 1373
TÍTULO VI. De la estructura del Sistema Sanitario . . . 1373
CAPÍTULO I. De la organización territorial . . . 1373
CAPÍTULO II. Ordenación funcional . . . 1374
CAPÍTULO III. De la Atención Sociosanitaria . . . 1376
CAPÍTULO IV. Colaboración con otras entidades . . . 1376
TÍTULO VII. De la docencia e investigación . . . 1378
TÍTULO VIII. De las competencias de las Administraciones Públicas . . . 1379
CAPÍTULO I. De la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha . . . 1379
CAPÍTULO II. De las Corporaciones Locales . . . 1381
TÍTULO IX. Del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha . . . 1381
CAPÍTULO I. Principios generales . . . 1381
CAPÍTULO II. Organización y estructura . . . 1382
Sección 1.ª Órganos de administración . . . 1382
Sección 2.ª Estructura asistencial . . . 1384
CAPÍTULO III. Del régimen jurídico de los actos y patrimonio . . . 1384
CAPÍTULO IV. Del personal . . . 1385
CAPÍTULO V. Del régimen económico y financiero . . . 1386
Disposiciones adicionales . . . 1386
Disposiciones transitorias . . . 1387
Disposiciones derogatorias . . . 1387
Disposiciones finales . . . 1387

4.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

§ 54. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria 1388

Preámbulo 1388
TÍTULO I. Disposiciones generales 1391
TÍTULO II. Del Servicio Catalán de la salud 1391
TÍTULO III. Competencias de la Administración de la Generalidad 1395
TÍTULO IV. Estructura y ordenación del Servicio Catalán de la Salud 1398
CAPÍTULO I. Estructura y organización centrales 1398
Sección 1.a El Consejo de Dirección 1398
Sección 2.a El Director 1400
Sección 3.a El Consejo Catalán de la Salud 1401
CAPÍTULO II. De la Región Sanitaria 1401
Sección 1.a El Consejo de Dirección de la Región Sanitaria 1403
Sección 2.a El Gerente de la Región Sanitaria 1404
Sección 3.a El Consejo de Salud 1405
CAPÍTULO III. Ordenación sanitaria territorial 1405
Sección 1.a El Sector Sanitario 1405
Sección 2.a El Área Básica de Salud 1407
CAPÍTULO IV. Ordenación funcional de los servicios sanitarios de cobertura pública: el Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña 1408
CAPÍTULO V. Medios personales 1410
CAPÍTULO VI. Medios materiales y régimen patrimonial 1410
CAPÍTULO VII. Régimen financiero, presupuestario y contable 1411
CAPÍTULO VIII. Régimen de impugnación de los actos, responsabilidad, representación y defensa en juicio . . . 1413
TÍTULO V. El Plan de Salud de Cataluña 1414
TÍTULO VI. Competencias de los Consejos Comarcales y los Ayuntamientos 1415
CAPÍTULO I. Competencias de los Consejos Comarcales 1415
CAPÍTULO II. Competencias de los Ayuntamientos 1415
TÍTULO VII. Instituto de Estudios de la Salud 1416
CAPÍTULO I. Docencia e investigación sanitarias 1416
CAPÍTULO II. Del Instituto de Estudios de la Salud 1417
Disposiciones adicionales 1417
Disposiciones transitorias 1421
Disposiciones derogatorias 1424
Disposiciones finales 1424

4.6 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

§ 55. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid 1426

Preámbulo 1426
TÍTULO I. Disposiciones generales 1435
TÍTULO II. Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid 1437
CAPÍTULO I. Disposiciones generales 1437
CAPÍTULO II. Ordenación del Sistema 1437
CAPÍTULO III. Dirección y financiación del sistema sanitario 1440
CAPÍTULO IV. Las actuaciones de la Administración Sanitaria 1441
Sección 1.ª Autoridad sanitaria 1441
Sección 2.ª Asistencia sanitaria 1442
Sección 3.ª Salud Laboral 1442
Sección 4.ª De las Administraciones Locales 1443
CAPÍTULO V. Régimen de impugnación de los actos, responsabilidad, representación y defensa en juicio 1443
TÍTULO III. De la iniciativa privada sanitaria 1444
CAPÍTULO I. Principios generales 1444
CAPÍTULO II. De las organizaciones sanitarias 1444
TÍTULO IV. Derechos y deberes de los ciudadanos 1445
CAPÍTULO I. Derechos y deberes de los ciudadanos 1445
CAPÍTULO II. Agencias sanitarias 1447
CAPÍTULO III. Del Defensor del Paciente 1449
TÍTULO V. De la participación social, institucional y civil 1449

CAPÍTULO I. De la participación en general . . . 1449
CAPÍTULO II. De la participación ciudadana . . . 1449
CAPÍTULO III. El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid . . . 1449
CAPÍTULO IV. De los Consejos de Salud de las Áreas Sanitarias . . . 1449
CAPÍTULO V. El Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria . . . 1450
CAPÍTULO VI. Incentivos a la participación en investigación en ciencias de la salud, innovación tecnológica sanitaria y promoción de la salud . . . 1450
TÍTULO VI. Salud pública . . . 1451
CAPÍTULO I. Principios, objeto y funciones . . . 1451
CAPÍTULO II. Educación para la salud de la población . . . 1452
CAPÍTULO III. Cooperación en materia de salud pública . . . 1453
TÍTULO VII. Del Servicio Madrileño de Salud . . . 1453
CAPÍTULO I. Objeto y naturaleza . . . 1453
CAPÍTULO II. Fines y Funciones . . . 1454
CAPÍTULO III. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 1455
CAPÍTULO IV. Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 1456
CAPÍTULO V. Actividades . . . 1456
Sección 1.ª Compra de servicios sanitarios . . . 1457
Sección 2.ª Actividad asistencial . . . 1457
Sección 3.ª Separación de funciones . . . 1458
CAPÍTULO VI. Órganos de Gobierno y Dirección . . . 1458
Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección . . . 1458
Sección 2.ª Del Consejo de Administración . . . 1458
Sección 3.ª Del Director General . . . 1459
TÍTULO VIII. Del Instituto Madrileño de la Salud . . . 1459
CAPÍTULO I. Objeto y naturaleza . . . 1459
CAPÍTULO II. Fines y funciones . . . 1460
CAPÍTULO III. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 1460
CAPÍTULO IV. Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 1461
CAPÍTULO V. Personal del Instituto Madrileño de la Salud . . . 1461
CAPÍTULO VI. Organización y gestión . . . 1462
CAPÍTULO VII. Actividad del Instituto Madrileño de la Salud . . . 1462
CAPÍTULO VIII. Órganos de Gobierno y Dirección . . . 1463
Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección . . . 1463
Sección 2.ª Del Consejo de Administración . . . 1463
Sección 3.ª Del Director General . . . 1464
TÍTULO IX. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid . . . 1464
CAPÍTULO I. Objeto y naturaleza . . . 1464
CAPÍTULO II. Fines y funciones . . . 1465
CAPÍTULO III. Medios materiales y régimen patrimonial . . . 1465
CAPÍTULO IV. Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 1466
CAPÍTULO V. Personal . . . 1466
CAPÍTULO VI. Actividades . . . 1466
CAPÍTULO VII. Órganos de Gobierno y Dirección . . . 1468
Sección 1.ª Órganos de Gobierno y Dirección . . . 1468
Sección 2.ª Del Consejo de Administración . . . 1468
Sección 3.ª Del Director General . . . 1469
TÍTULO X. Formación e investigación sanitaria . . . 1469
CAPÍTULO I. Formación e investigación sanitaria . . . 1469
CAPÍTULO II. De la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid . . . 1469
Sección 1.ª Objeto y Naturaleza . . . 1469
Sección 2.ª Fines y funciones . . . 1470
Sección 3.ª Medios Materiales y Régimen Patrimonial . . . 1471
Sección 4.ª Régimen financiero, presupuestario y contable . . . 1472
Sección 5.ª Personal . . . 1472
Sección 6.ª Actividades . . . 1473
Sección 7.ª Órganos de Gobierno y Dirección . . . 1474
Sección 8.ª Consejo Científico Asesor . . . 1475
TÍTULO XI. Actuación en materia de drogodependencias . . . 1475
TÍTULO XII. Competencias de las Corporaciones Locales . . . 1476
TÍTULO XIII. Régimen sancionador . . . 1477
CAPÍTULO I. Inspección . . . 1477
CAPÍTULO II. Infracciones y sanciones . . . 1478
Disposiciones adicionales . . . 1482
Disposiciones transitorias . . . 1484
Disposiciones derogatorias . . . 1485

Disposiciones finales 1486

4.7 COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

§ 56. Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi 1487

Preámbulo 1487
TÍTULO I. Disposiciones Generales 1491
TÍTULO II. Sistema Sanitario de Euskadi. 1493
CAPÍTULO PRIMERO. Ordenación 1493
CAPÍTULO SEGUNDO. Derechos y deberes ciudadanos 1494
CAPÍTULO TERCERO. Regulación y financiación del sistema 1495
CAPÍTULO CUARTO. Provisión de servicios sanitarios 1496
TÍTULO III. Organización de las estructuras públicas de provisión de servicios sanitarios 1497
CAPÍTULO PRIMERO. Configuración 1497
CAPÍTULO SEGUNDO. Medios materiales 1498
CAPÍTULO TERCERO. Régimen de personal. 1499
TÍTULO IV 1504
TÍTULO V. Docencia e investigación sanitarias 1505
TÍTULO VI. Régimen sancionador 1506
CAPÍTULO PRIMERO. Inspección y medidas cautelares. 1506
CAPÍTULO SEGUNDO. Infracciones y sanciones 1507
Disposiciones adicionales 1510
Disposiciones transitorias 1514
Disposiciones derogatorias 1514
Disposiciones finales 1515

§ 1

Nota de autor

Última modificación: 15 de febrero de 2018

La colección de códigos de la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado, relativa a la Sanidad en su faceta autonómica está encabezada por el **"Código de Profesionales Sanitarios"** y se perfila con el **"Código Sanitario"** y el **"Código del Sistema Sanitario"**, para culminar la obra de recopilación de la legislación autonómica sanitaria con el **"Código del Control Sanitario".**

El artículo 43 de la Constitución atribuye a los poderes públicos la competencia para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios, estableciendo que los derechos y deberes de todos constituyen reserva de ley. Así la protección de la salud de los ciudadanos constituye un bien jurídico de relevancia constitucional, siendo el Estado garante exclusivo sobre las bases y coordinación general de la sanidad y, atribuyéndose a las Comunidades Autónomas competencias sobre sanidad e higiene en el artículo 148.1.21. De esta manera el **«Código del Control 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, promoción, prevención y restauración de la salud, 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 gestionar las demandas de los usuarios, las nuevas tecnologías facilitan actualizaciones constantes e inmediatas de la normativa sanitaria.

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

– Exclusión: Se ha excluido explícitamente cualquier referencia a medicamentos y productos sanitarios, propios del Derecho Farmacéutico.

– Inclusión de normativa autonómica sanitaria: La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, es básica 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 el Sistema Sanitario Público, con la participación de profesionales y usuarios dentro de competencias atribuidas por los Estatutos de Autonomía a las Comunidades Autónomas.

María José Aguado Abad

§ 2

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.

§ 3

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».

§ 4

Ley 6/1994, de 19 de mayo, de Sanidad Animal de Castilla y León

Comunidad de Castilla y León
«BOCL» núm. 102, de 27 de mayo de 1994
«BOE» núm. 145, de 18 de junio de 1994
Última modificación: 24 de junio de 2024
Referencia: BOE-A-1994-14039

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 14.3 del Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

No es necesario rodear de afirmaciones enfáticas un hecho tan evidente como la importancia socioeconómica de la ganadería de Castilla y León; ni siquiera la frialdad de los números y porcentajes sorprendería a los habitantes de esta Comunidad, dado el enraizamiento pecuario de esta región, que se pierde en los mismísimos orígenes de la Mesta. Pero no es este el momento de reverdecer instituciones, sino de mirar hacia el futuro que, en materia de ganadería, pasa por conseguir un sector competitivo que nos permita producir con la mayor rentabilidad e introducir nuestros ganados y sus derivados en otros mercados, ya sean nacionales o extranjeros. Es cierto que tan ambicioso objetivo debe ser abordado desde múltiples perspectivas, pero sin duda el estado sanitario de la cabaña ganadera castellano-leonesa es un factor determinante para conseguir altas cotas de rentabilidad y así poder hacer competitivos nuestros productos. A ello, además, se une la imperiosa necesidad de disponer de una ganadería saneada, a la que se permita, al igual que a sus derivados, pasar nuestras fronteras hacia el resto de los países comunitarios, sin que se conviertan en obstáculos las tradicionales epizootias que han aquejado a nuestras explotaciones pecuarias, enfermedades, por otra parte, impropias de un país europeo en los umbrales del año dos mil.

Tampoco son fáciles de solucionar estos problemas en Castilla y León, región de amplia extensión geográfica y de notables carencias, pese a que la Administración autonómica ha realizado importantes esfuerzos presupuestarios e, incluso, ha introducido reformas en la legislación de epizootias y en la Administración zoosanitaria que, sin duda, han redundado en la mejora sanitaria de nuestra cabaña. Con todo, ha llegado el momento de abordar una reforma de amplio alcance en este sector del ordenamiento jurídico, reforma que precisa del respaldo de los representantes del pueblo castellano leonés, con el objeto de adoptar determinados aspectos de la legislación estatal vigente que data, en su mayoría, de los años cincuenta y que, por sus anacronismos e inadaptaciones a la realidad constitucional y estatutaria actual, priva a los órganos autonómicos de gestión de los medios jurídicos adecuados y suficientes para aplicar unos instrumentos que en buena medida pueden seguir sirviendo para los objetivos con que fueron concebidos.

La Ley de Sanidad Animal de Castilla y León pretende, por tanto, establecer los principios para una modernización y adecuación constitucional del ordenamiento zoosanitario de la región, para lo cual tiene competencia el Parlamento territorial, según se deriva de los artículos 148.1.7 de la Constitución y 26.9 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, al haber permitido aquel precepto constitucional y haber asumido nuestra región competencias exclusivas en materia de ganadería.

Este es el título constitucional que habilita para la aprobación de la presente Ley, pues no se contempla otro rótulo más específico que cubra la sanidad pecuaria ni en la Constitución ni en el Estatuto de Autonomía. Pero tampoco desconoce el presente texto legal otros títulos constitucionales ostentados por el Estado de estrecha vinculación con la Sanidad Animal, como la ordenación general de la economía a que aluden los artículos de la Constitución y Estatuto de Autonomía citados, o el establecimiento de las bases y la coordinación general de la Sanidad, debido a la transmisión al hombre de ciertas enfermedades epizoóticas, o el comercio exterior, de responsabilidad estatal y de evidente conexión con el estado sanitario de la cabaña ganadera, o, en fin, la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, que privaría de constitucionalidad cualquier regulación autonómica carente de toda referencia a la legislación estatal, siempre que con aquélla se produjeran desviaciones o mermas del principio de igualdad.

Por estos imperativos constitucionales, pero también con la convicción de que todavía siguen siendo de utilidad, la Ley mantiene un buen número de los instrumentos jurídicos tradicionales en este sector del ordenamiento: notificación obligatoria de las enfermedades epizoóticas, declaración oficial de ciertas enfermedades, el control de la circulación y transporte de ganado, un conjunto de medidas preventivas, el sacrificio obligatorio del ganado enfermo, instrumentos que encajan perfectamente en este texto después de haber sido adecuados a la estructura organizativa de la Comunidad y habilitados para ser objeto del necesario desarrollo reglamentario, ya bajo los presupuestos del Estado autonómico.

Ahora bien, si algunas partes de la nueva Ley se reconocen tributarias de la tradicional legislación de epizootias del Estado, algunas otras, señaladamente el régimen sancionatorio que contiene, supone una implantación «ex novo» derivada de los principios constitucionales, además de adecuar, con el mayor rango dentro de las competencias normativas de la Comunidad Autónoma, las sanciones a las infracciones, con el objeto de que la última «ratio» de que dispone nuestra Administración cumpla los objetivos que el «ius puniendi» modernamente tiene encomendados.

Es esta la justificación de la Ley de Sanidad Animal, sanidad que por su transcendencia y efectos, constituye la esencia mínima de la ganadería, ya que representa el factor común de todas las operaciones a desarrollar en sus tres ciclos de la producción, industrialización y comercialización y afecta simultáneamente al triple aspecto de lo económico, de lo social y de lo cultural, por cuanto es la condición indispensable para la viabilidad de la explotación pecuaria, resulta imprescindible de necesidad para su utilización por la población humana y se reivindica como una exigencia prioritaria e irrenunciable de los pueblos desarrollados.

El aspecto social de la Sanidad Animal, representado por su clara repercusión en la salud pública, no puede olvidar ni minusvalorar el componente nocivo, molesto e insalubre de los animales, por lo que es necesario controlar, en todo momento y lugar, el impacto medioambiental a cargo de los mismos, mediante el establecimiento de las normas correspondientes.

Las alteraciones en la producción animal, como síntoma y diagnóstico de enfermedad, las materias procedentes de animales enfermos o medicados, como problemas técnicos de las industrias pecuarias y las enfermedades animales, verdaderas barreras sanitarias en el comercio pecuario, son claros ejemplos de lo expuesto, por lo que cualquier planteamiento serio que se realice sobre las producciones, los productos transformados y los mercados de y para la ganadería debe pasar, inexcusablemente, por la Sanidad Animal.

Dada la íntima relación taxonómica y de convivencia que las especies animales de renta tienen con la fauna silvestre y con los animales de compañía y teniendo en cuenta su idéntico o similar comportamiento frente a la Epidemiología Veterinaria, se hace imprescindible extender los preceptos de esta Ley a todo tipo de animales, al margen de su origen y destino, de su ubicación y movimientos, de su producción y finalidades, de su

naturaleza y circunstancias. Porque la Epidemiología Veterinaria, como ciencia que estudia la enfermedad en las poblaciones animales, así como los factores que determinan su presencia, no reconoce barreras ni compartimentos administrativos, puesto que debe perseguir, sin trabas ni impedimentos, la determinación y el origen de la enfermedad, su investigación y control, la información sobre la ecología tanto de la propia enfermedad en sí, como de los programas establecidos para su control.

La Sanidad Animal hay que entenderla de forma integral, por lo que debe comprender todo aquello que directamente afecte a la salud de los animales e indirectamente, es decir, a través de los mismos y de sus productos, repercuta negativamente en la salud humana; por ello, la referencia a las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias de los animales será prioritaria, pero no exclusiva, ya que resulta imprescindible incluir, también, las enfermedades no infecciosas y de una manera especial las metabólicas, con el objeto de englobar cualquier causa que pueda constituir peligro para los animales o, a través suyo y de sus productos, para el hombre. Ello obliga a que esta Ley se vea en la imperiosa necesidad de legislar, además, sobre el empleo en los animales de cualquier sustancia que pueda alterar su fisiologismo y repercutir negativamente en el hombre a través de los propios animales o de sus productos.

El axioma de que el ganadero es el principal y auténtico protagonista de cualquier acción pecuaria y la evidencia de que la enfermedad contagiosa desborda y traspasa los límites de la explotación individual, impulsa a la Administración a favorecer y fomentar las asociaciones de defensa zoosanitaria en todos los casos que se consideren adecuadas y a aceptar la participación en los programas de Sanidad Animal de cualquier entidad pública o privada que se ajuste a la normativa de esta Ley.

Es necesario, por fin, tener muy presente que no estamos ante una Ley de Epizootias o de las enfermedades infecciosas y parasitarias de los animales, sino ante una Ley de Sanidad Animal y que la sanidad animal implica no sólo la ausencia de toda alteración, sino la presencia del máximo bienestar, como base y fundamento de todos los productos y servicios que los animales pueden proporcionar al hombre.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente Ley tiene por objeto el establecimiento de los instrumentos legales adecuados que permitan conseguir los siguientes fines:

a) La mejora sanitaria, el desarrollo de la ganadería de Castilla y León, así como la protección de la salud humana mediante la prevención y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, sean o no transmisibles al hombre, que afecten a la cabaña ganadera, a los animales de compañía y a la fauna silvestre.

b) Proteger a las personas, animales y medio ambiente de los riesgos directos inherentes al empleo de productos zoosanitarios, y de los derivados de la presencia de sus residuos o de los productos resultantes de su metabolismo en el organismo animal donde sean aplicados.

c) Controlar las condiciones ambientales y de explotación que puedan desencadenar procesos patológicos, bajas producciones y disminución de su calidad.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

El ámbito de aplicación de la presente Ley será el territorio de Castilla y León y afectará a:

Todos los animales de renta, de compañía o silvestres.

Los productos animales en cualquier fase de su producción, almacenamiento, manipulación, transformación, conservación, transporte y comercialización, cuando los mismos puedan producir enfermedades infectocontagiosas o parasitarias.

Los suelos, tierras, pastos, lugares, alojamientos, utensilios, instalaciones y medios destinados a la producción, transporte y comercialización de los animales.

Los métodos y mecanismos de eliminación de residuos y cadáveres procedentes de las explotaciones de animales.

Los productos zoosanitarios, las instalaciones y medios destinados a su distribución, comercialización y aplicación y, en su caso, los alimentos para el ganado, sin perjuicio de las competencias del Estado.

Las actividades de las personas, físicas o jurídicas, y de las entidades, públicas o privadas, en cuanto estén relacionadas con los fines de esta Ley.

Artículo 3. *Órganos y personal competente.*

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad animal, a través de los Servicios Veterinarios Oficiales, el ejercicio de las funciones derivadas de la presente ley, así como de cualquier otra disposición en materia de sanidad animal.

2. El ejercicio de determinadas funciones en materia de sanidad animal podrá ser delegado, de conformidad con la normativa europea, mediante la habilitación de profesionales veterinarios, la acreditación de agentes certificadores y la celebración de contratos en los términos previstos en la normativa de contratación del sector público. En todo caso, corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad animal las potestades de dirección, organización, control e inspección.

3. Se podrá habilitar a profesionales veterinarios para realizar actividades sanitarias en el marco de los programas sanitarios nacionales y autonómicos de vigilancia, control y/o erradicación de enfermedades, así como en los programas especiales de acción sanitaria.

4. Se podrá acreditar a profesionales veterinarios como agentes certificadores de las actuaciones sanitarias previstas en los planes de alerta sanitaria.

5. En el ejercicio de sus funciones, los veterinarios habilitados, los agentes certificadores y los contratistas deberán cumplir lo establecido en la normativa europea vigente. En lo relativo al conflicto de intereses, las personas físicas que realicen las concretas actuaciones están sometidas al régimen de abstención y recusación previsto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y deberán presentar una declaración jurada de ausencia de conflicto de intereses por cada explotación en la que realicen tales actuaciones.

Artículo 4. *Órgano colegiado de carácter asesor en materia de sanidad animal.*

1. En la Administración de la Comunidad de Castilla y León existirá un órgano colegiado de carácter asesor en materia de sanidad animal, adscrito a la consejería competente en esta materia.

2. Su composición, organización y funcionamiento se regularán reglamentariamente.

3. Ejercerá las funciones y competencias que se le atribuyan legal o reglamentariamente, así como las que se le encomienden o deleguen.

TÍTULO II

Explotaciones ganaderas: Documentos y requisitos

CAPÍTULO I

Explotaciones ganaderas

Artículo 5.

Explotación ganadera es cualquier establecimiento, construcción o, en el caso de cría al aire libre, cualquier lugar en el que se tengan, críen o manipulen animales.

Artículo 6. *Obligaciones de los titulares.*

1. Corresponde a los propietarios, encargados o responsables de explotaciones ganaderas, núcleos zoológicos, animales de compañía y domésticos de renta, atender y vigilar a sus animales, a fin de mantener su buen estado sanitario y controlar su posible influencia negativa sobre el medio.

2. A los titulares de explotaciones ganaderas o núcleos zoológicos que mantengan en ellas deficientes condiciones de sanidad e higiene, según se determine reglamentariamente, incompatibles con el adecuado estado sanitario de las poblaciones animales propias o circundantes, los Servicios Veterinarios de la Consejería de Agricultura y Ganadería les harán saber tal circunstancia, concediéndoles un plazo de adecuación; pudiendo, en los casos más graves, proponer la retirada de las autorizaciones de ejercicio de actividad hasta tanto se corrijan las causas que determinaron la adopción de dicha medida.

Artículo 7. *Identificación animal.*

La identificación animal individual, como fase previa a cualquier operación epidemiológica y como constatación de estados y procesos especiales, será regulada por la Consejería de Agricultura y Ganadería de acuerdo con la normativa estatal y de la CEE.

CAPÍTULO II

Documentación de las Explotaciones Ganaderas

(Derogado).

Artículo 8. *Cartilla de Explotación Ganadera.*

(Derogado).

CAPÍTULO III

Registro de las Explotaciones Ganaderas

Artículo 9. *Registros.*

1. Las explotaciones ganaderas se inscribirán en el Registro de Explotaciones Ganaderas creado al efecto. Su contenido y funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

2. La Consejería de Agricultura y Ganadería impulsará el funcionamiento del «Registro de Núcleos Zoológicos» y del «Registro de Centros de Animales para la Experimentación», en cuyo caso las normas que los regulen adecuarán su contenido a los fines que en el marco de esta Ley les son propios.

TÍTULO III

Acciones sanitarias de carácter general

Artículo 10. *Definición.*

Son acciones sanitarias de carácter general las que han de disponerse para vigilar y controlar la sanidad animal y ejecutarse ante la sospecha o presentación de alguna de las enfermedades incluidas en las listas existentes sobre la materia en la UE o en las que se confeccionen por la Junta de Castilla y León.

Artículo 11. *Descripción.*

Podrán aplicarse a la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias y a los procesos de los animales que entrañen peligro para el hombre, las acciones sanitarias de tipo administrativo y técnico que, sancionadas por la Epidemiología Veterinaria, sean ordenadas por la Consejería de Agricultura y Ganadería, y que podrán ser las siguientes:

1. Se consideran acciones sanitarias de tipo administrativo: La notificación, la declaración oficial de existencia de enfermedades y la declaración oficial de extinción de la enfermedad.

2. Se consideran acciones sanitarias de tipo técnico:

El estudio epidemiológico, la investigación del foco primario y el diagnóstico de la enfermedad.

Las acciones sanitarias de prevención y tratamiento.

El control del movimiento y transporte de animales.

El control de las concentraciones de animales.

El tratamiento de cadáveres.

Las acciones sanitarias complementarias.

Las acciones sanitarias de orden medioambiental.

CAPÍTULO I

Notificación

Artículo 12. *Notificación obligatoria.*

Los dueños, administradores o encargados de los animales, los Servicios Sanitarios de las Administraciones Públicas, veterinarios en el ejercicio libre de la profesión, así como cualquier ciudadano que tenga conocimiento o sospecha de la presentación en los animales de alguna enfermedad que, por sus características de contagio y morbi-mortalidad, pueda ser considerada infectocontagiosa o parasitaria, están obligados o notificarlo por los medios más rápidos a su alcance a los Servicios Veterinarios de la Consejería de Agricultura y Ganadería, de cuya notificación se acusará recibo al interesado.

CAPÍTULO II

Investigación del foco primario, diagnóstico de las enfermedades y medidas complementarias

Artículo 13. *Visita, comprobación y actuaciones.*

1. Los Servicios competentes de la Consejería de Agricultura y Ganadería, girarán visitas periódicas a las explotaciones ganaderas de la Comunidad. Si tuvieran conocimiento de la existencia de animales enfermos o sospechosos, realizarán una inspección inmediata con el objeto de diagnosticar la enfermedad, adoptar las medidas que eviten su difusión y realizar las indagaciones que conduzcan a la determinación de las circunstancias originales del foco.

2. Del diagnóstico, así como de las medidas adoptadas, se dará traslado a los órganos superiores y, en su caso, se pondrán en conocimiento de la autoridad gubernativa las medidas adoptadas en relación con la explotación afectada, por si fuera necesario solicitar la realización de algún tipo de control por la misma.

3. Diagnosticada una enfermedad transmisible al hombre, se dará cuenta inmediata de ello y del resto de las actuaciones habidas a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Si la enfermedad pudiera afectar a la fauna silvestre, se actuará de la misma forma respecto a la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio.

Artículo 14. *Diagnóstico, laboratorios e información epidemiológica.*

1. Durante el proceso de diagnosis, se recurrirá a cuantos medios o instituciones se considere necesario para garantizar su fiabilidad, con preferencia a aquellos de carácter público.

2. Los laboratorios o centros de diagnóstico, tanto públicos como privados, deberán estar inscritos y llevarán un libro registro en el que consten las muestras recibidas, los análisis realizados, resultados obtenidos y los dictámenes emitidos, todo ello según se determine reglamentariamente.

3. Con el objeto de obtener una mejor información epidemiológica o realizar un más acertado diagnóstico, se facilitará el acceso a los mataderos a aquellos veterinarios que los servicios competentes de la Consejería de Agricultura y Ganadería determinen.

Artículo 15. *Inmovilización y aislamiento.*

1. Los animales y explotaciones ganaderas podrán ser sometidas, bajo control veterinario oficial, a períodos de inmovilización y aislamiento o cuarentena de duración adecuada a cada proceso en función, principalmente, del período de incubación o espera, así como del tiempo necesario para establecer el diagnóstico, o para que los animales o la explotación dejen de ser peligrosos para la ganadería o la población humana.
2. La inmovilización y aislamiento afectará a los animales enfermos, sospechosos e incluso sanos de la explotación.
3. En los casos en que sea necesario, el Consejero de Agricultura y Ganadería podrá ordenar el traslado de los animales sensibles de las zonas de «alto riesgo».

CAPÍTULO III

Declaración oficial de existencia y extinción de enfermedades

Artículo 16. *Declaración oficial de la enfermedad.*

1. Diagnosticada alguna enfermedad infectocontagiosa o parasitaria de declaración obligatoria, de notificación intracomunitaria o bien alguna otra que por su gran poder difusivo o intensidad de presentación así lo aconseje, el Consejero de Agricultura y Ganadería realizará la declaración oficial de su existencia, con inserción en el «Boletín Oficial de Castilla y León» y dará traslado inmediato de la misma al Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
2. La declaración oficial habrá de ratificar, rectificar o complementar las medidas inicialmente adoptadas para evitar la propagación de la enfermedad. Además, contendrá los datos correspondientes a la denominación de la enfermedad, localización del foco y delimitación de las zonas de influencia de aquélla, así como las medidas que en cada una de ellas se imponga.

Artículo 17. *Extinción oficial de la enfermedad.*

La declaración oficial de extinción de la enfermedad se ordenará por el mismo órgano y procedimiento que declaró su existencia, una vez transcurrido el tiempo que en cada caso se determine a partir de la última muerte o curación. La extinción llevará consigo la anulación de las medidas de inmovilización y aislamiento y el establecimiento de las medidas precautorias que la Epidemiología Veterinaria aconseje en cada caso.

Artículo 18. *Planes de alerta sanitaria.*

En los casos en que sea necesario, podrán establecerse planes de alerta sanitaria para controlar la presentación de futuros brotes y evitar su difusión. El contenido de los planes se determinará reglamentariamente.

CAPÍTULO IV

Acciones sanitarias de prevención y tratamiento

Artículo 19. *Establecimiento de planes de vacunación y tratamiento. Indemnizaciones.*

1. La Consejería de Agricultura y Ganadería podrá ordenar campañas de tratamientos sanitarios o de vacunación obligatoria para producir anillos inmunitarios y cordones sanitarios que impidan la difusión de la enfermedad y permitan la defensa de los territorios limítrofes.
2. Procederá la indemnización, según los baremos que se establezcan, en los casos en que se produzcan bajas o muertes de animales después de la aplicación de tratamientos sanitarios o vacunaciones obligatorias, siempre que las bajas o muertes hayan sido

comunicadas en tiempo y forma y técnicamente quede demostrada y acreditada la relación de causa a efecto.

Artículo 20. *Regulación de vacunaciones y tratamientos voluntarios.*

1. Los titulares de explotaciones ganaderas o de animales, podrán libremente prevenir cualquier enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, con el debido control de un técnico competente que quedará obligado a realizar la correspondiente comunicación sobre las actuaciones practicadas ante la Consejería de Agricultura y Ganadería, en la forma y tiempo que en cada caso se determine.

2. En los casos en que así se establezca, para la realización de las actividades reguladas en el apartado anterior, será necesaria la autorización previa de la Consejería de Agricultura y Ganadería.

CAPÍTULO V

Movimiento y transporte de animales

Artículo 21. *Documentación para el traslado.*

1. Para el transporte y circulación de animales, por cualquier medio que sea, fuera del término municipal donde se encuentre localizada la explotación o núcleo zoológico será preciso obtener el documento acreditativo de que los animales no padecen enfermedad infectocontagiosa o parasitaria y de que la explotación y término municipal donde se ubique se hallan indemnes. En todo caso, se excepcionará este documento cuando el movimiento de ganado sea habitual entre términos municipales inmediatos, o próximos, por razones de pastoreo suficientemente acreditadas.

2. La documentación prevista en el apartado anterior, será obligatoria cuando los animales, aun dentro del mismo término municipal, sean conducidos al matadero o bien a un recinto donde vaya a celebrarse una feria, un concurso o cualquier otro certamen con presencia de animales vivos.

Artículo 22. *Detención, aislamiento y observación de animales indocumentados.*

1. Los animales trasladados sin la correspondiente documentación serán retenidos y, en su caso, aislados como sospechosos de padecer enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, en los términos expuestos en esta Ley, pudiendo reanudar el trayecto una vez sea expedida la correspondiente documentación.

En caso necesario, los Ayuntamientos fijarán lugares para la estancia de los animales.

2. Los gastos ocasionados por este proceso de aislamiento y observación correrán por cuenta del dueño de los animales o del responsable de los mismos en el momento de su detención.

Artículo 23. *Vehículos de transporte.*

1. Los vehículos destinados al transporte de animales deberán estar inscritos en los registros de las unidades administrativas que al efecto se determinen.

2. Estos vehículos deberán ser desinfectados y, si procede, desinsectados antes y después del transporte, lo que deberá justificarse documentalmente.

3. La Junta habilitará centros para la desinfección y desinsectación de vehículos de transporte de ganado.

CAPÍTULO VI

Concentraciones de animales

Artículo 24. *Autorización y medidas preventivas.*

1. La celebración de ferias, mercados, concursos, exposiciones o cualquier otro certamen con presencia de animales vivos deberá contar con la autorización de la Consejería de Agricultura y Ganadería, solicitada a instancia del Ayuntamiento o de

organismos o entidades organizadoras, previa emisión del correspondiente informe por parte de los Veterinarios del Servicio de dicha Consejería competente en la localidad.

2. De acuerdo con las normas correspondientes, los Veterinarios del Servicio se encargarán de adoptar las medidas necesarias para evitar posibles contagios durante la celebración de las concentraciones de animales debidamente autorizadas.

3. Los organizadores de ferias, mercados o cualquier otro certamen, dispondrán los medios humanos, materiales y técnicos necesarios para asegurar el correcto desarrollo de los mismos. En todo caso, será de su responsabilidad el cumplimiento de las medidas específicas que se hayan establecido por la Administración competente.

CAPÍTULO VII

Tratamiento de cadáveres: Aprovechamiento o destrucción

Artículo 25. *Obligaciones y prohibiciones.*

1. Los propietarios o tenedores de los animales muertos por cualquier causa están obligados a la destrucción de los cadáveres en los lugares y mediante los sistemas previstos al efecto.

2. Queda terminantemente prohibido, por razones sanitarias y medioambientales, abandonar animales muertos o moribundos, arrojarlos a estercoleros, ríos, pozos, carreteras, cañadas y cualquier otro lugar.

3. Solamente, y con autorización expresa, podrán destinarse animales muertos para la alimentación de cualquier tipo de animales.

Artículo 26. *Centros de tratamiento de cadáveres.*

La Junta de Castilla y León fomentará el establecimiento y dotación de centros de tratamiento de cadáveres de animales y de productos procedentes de decomiso. El transporte a estos centros, o en los casos previstos en el apartado 3 del artículo 25, se deberá realizar con total garantía sanitaria.

La Junta de Castilla y León ofertará convenios de colaboración con instituciones públicas, ganaderas y/o empresas privadas, tendentes a facilitar la recogida y el transporte de los cadáveres de animales en las mejores condiciones y menor coste posible.

CAPÍTULO VIII

Acciones sanitarias complementarias

Artículo 27. *Desinfección, desparasitación y prácticas similares.*

1. La desinfección, desinsectación, desparasitación, desratización y prácticas similares, según proceda, de los lugares, utensilios o materias que constituyan estancia, medio de transporte o, simplemente, que estén en contacto con animales, deben ser realizadas obligatoria y periódicamente en los planes de lucha zoosanitaria y como práctica habitual de ganaderos y tratantes, utilizando los productos cuya comercialización esté autorizada, todo ello bajo la supervisión de los Servicios Veterinarios de la Consejería de Agricultura y Ganadería.

2. En los locales y terrenos donde se celebren concentraciones animales, se realizarán las prácticas de limpieza, desinfección y desinsectación antes, durante y después de su uso, con los productos adecuados en cada caso; corriendo a cargo de los organizadores el coste de estas prácticas sanitarias.

3. Correrá a cargo de los interesados el coste de las prácticas sanitarias complementarias que realicen sobre sus animales, lugares de alojamiento o útiles y materiales, sin perjuicio de la colaboración que los Servicios competentes de la Consejería de Agricultura y Ganadería puedan prestar.

Artículo 28. *Acciones complementarias en extinción de focos.*

Extinguido oficialmente un foco de cualquier enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, se procederá a una rigurosa limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de los lugares que hubiesen servido de alojamiento y de los utensilios o materiales que hubiesen estado en contacto con los animales infectados.

CAPÍTULO IX

Acciones sanitarias medioambientales

Artículo 29. *Condiciones de explotación de los animales.*

La Consejería de Agricultura y Ganadería procurará, a través de las medidas que en cada caso se prevean, que las condiciones de explotación de los animales, de los alojamientos, medios y servicios que el ganado utilice, sean adecuados desde el punto de vista sanitario, fisiológico y etológico.

Artículo 30. *Distancias.*

Como medida preventiva para evitar la difusión de enfermedades, las explotaciones ganaderas mantendrán entre sí y, recíprocamente, con las instalaciones destinadas a concentraciones ganaderas y actividades agroindustriales de tipo ganadero o relacionadas, las distancias que se establezcan reglamentariamente.

Artículo 31. *Densidad ganadera.*

Cuando las circunstancias epidemiológicas así lo exijan o las consecuencias sobre la contaminación medioambiental lo aconsejen o hagan necesario, la Consejería de Agricultura y Ganadería podrá establecer la densidad ganadera sostenible.

Artículo 32. *Pastoreo.*

1. Los terrenos destinados a su aprovechamiento mediante pastoreo, de titularidad individual o colectiva y cualquiera que sea el régimen de propiedad o uso, deberán disponer de instalaciones adecuadas de manejo de animales que permitan la realización sobre los mismos de las prácticas higiénico-sanitarias que en cada momento sean necesarias o pueden ser ordenadas. No será necesario este requisito cuando se trate del aprovechamiento continuo de pastos y rastrojeras en el mismo término municipal o contiguo al de la ubicación de la explotación y en aquellos casos en que las prácticas higiénico-sanitarias puedan desarrollarse sin especial dificultad en las instalaciones de la propia explotación.

2. Los pastos sometidos a ordenación común de aprovechamiento y comunales serán utilizados únicamente por animales saneados.

Artículo 33. *Control de vectores y reservorios.*

El control medioambiental de vectores mecánicos o biológicos, reservorios bióticos, hospedadores intermediarios y parásitos o formas parasitarias, se realizará en todos los casos con productos registrados y autorizados oficialmente, debiendo ser empleados de forma que se asegure la no agresión y con el máximo respeto a los ecosistemas, empleándose procedimientos compatibles con su mantenimiento.

TÍTULO IV

Acciones sanitarias de carácter general

CAPÍTULO I

Campañas de saneamiento ganadero

Artículo 34. *Atribuciones.*

Además de la organización, dirección, ejecución y evaluación de las Campañas de Saneamiento Ganadero reguladas por disposiciones de ámbito estatal, la Junta de Castilla y León podrá planificar, organizar, dirigir, ejecutar y evaluar en su ámbito territorial campañas de saneamiento ganadero no reguladas por disposiciones de ámbito estatal.

Artículo 35. *Campañas de saneamiento ganadero.*

1. A los efectos previstos en el artículo anterior, se consideran «Campañas de Saneamiento Ganadero» no reguladas por disposiciones de ámbito estatal, las acciones sanitarias de carácter especial y obligatorias en el ámbito de la comunidad de Castilla y León, programadas y aprobadas por la Consejería de Agricultura y Ganadería, en cuyo desarrollo se aplicarán técnicas específicas de Epidemiología Veterinaria orientadas al control y, en su caso, erradicación de aquellos procesos patológicos de los animales regulados en esta Ley que presenten una elevada prevalencia en la población animal o humana, o que comprometan o puedan comprometer la viabilibilidad económica de las explotaciones ganaderas.
2. Las «Campañas de Saneamiento Ganadero», se realizarán de acuerdo con la programación periódica que se establezca mediante la dedicación a tal efecto de los presupuestos necesarios.

Artículo 36. *Programas Especiales de Acción Sanitaria.*

1. Se podrán realizar «Programas Especiales de Acción Sanitaria» en áreas concretas y específicas del espacio geográfico castellano-leonés, cuando en ellas se presenten las necesidades sanitarias previstas en el apartado primero del artículo anterior.
2. Los «Programas Especiales de Acción Sanitaria» serán obligatorios para las explotaciones ganaderas radicadas en el área para la que se aprueben.

Las ayudas que para su aplicación puedan acordarse quedarán restringidas a las explotaciones ganaderas que cumplan las normas de higiene general, de sanidad, de alimentación y manejo de los animales que en cada programa se establezcan.

Artículo 37. *Garantías sanitarias.*

1. Los tratantes y cualquier otra persona física o jurídica que se dediquen a la comercialización de animales para vida, pertenecientes a especies ganaderas sometidas a «Campañas de Saneamiento Ganadero», sólo podrán operar con animales que hayan sido diagnosticados negativos a las enfermedades objeto de campaña.
2. Los animales que en el curso del desarrollo de las «Campañas de Saneamiento Ganadero» se encuentren en proceso de diagnóstico, no podrán moverse de la explotación donde se encuentren, salvo autorización expresa de los Servicios Veterinarios de la Consejería de Agricultura y Ganadería.

Artículo 38. *Contratación de servicios.*

(Derogado)

Artículo 39. *Declaración de municipios saneados.*

Como consecuencia del desarrollo y aplicación de las «Campañas de Saneamiento Ganadero», podrá procederse a la declaración de «Municipios Saneados», con las

consecuencias que se prevean y siempre que en sus términos municipales el ganado se halle en las condiciones reglamentarias que se dispongan a tales efectos.

Artículo 40. *Repoblación de explotaciones saneadas.*

La incorporación de animales a explotaciones saneadas, o en proceso de saneamiento, se realizará con animales diagnosticados negativos a las enfermedades objeto de campaña, extremo que deberá ser acreditado documentalmente.

CAPÍTULO II

Sacrificio obligatorio

Artículo 41. *Ordenación.*

1. El sacrificio obligatorio de los animales se realizará, como método de control y erradicación de enfermedades, en los casos en que esté establecido y en los que la Consejería de Agricultura y Ganadería lo determine por la gravedad y poder de difusión de aquéllas.
2. El sacrificio que se declare obligatorio por la autoridad competente llevará consigo la correspondiente indemnización, de acuerdo con la normativa vigente.
3. Si dentro del plazo establecido al efecto, los propietarios no procedieran al sacrificio de los animales afectados, éste deberá realizarse por la Consejería de Agricultura y Ganadera, a través de sus propios servicios o mediante la contratación de los mismos, siendo a costa del propietario los gastos que se generasen por tal concepto.
4. En el caso de enfermedades que presenten especial virulencia, con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, o gravedad inusitada, y cualquiera que sea el origen del foco primario, se podrán aplicar medidas especiales con carácter de urgencia y entre ellas el sacrificio obligatorio «in situ» de animales afectados y sospechosos.
5. El sacrificio de los animales de abasto, salvo en el caso previsto en el apartado anterior, deberá ser realizado en mataderos autorizados al efecto. Se facilitará el acceso a estos mataderos a los Veterinarios que los servicios competentes de la Consejería de Agricultura y Ganadería determinen con el objeto de conocer, controlar y evitar la difusión de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias o las alteraciones del fisiologismo animal como consecuencia de la aplicación inadecuada de productos zoosanitarios.
6. Con independencia de lo anterior, todo propietario de animales afectados por alguna de las enfermedades a las que son aplicables las actuaciones contempladas en esta Ley podrá sacrificarlos, sin indemnización, previo conocimiento y control de los servicios competentes de la Consejería de Agricultura y Ganadería.

Artículo 42. *Exclusiones a la percepción de indemnizaciones.*

1. Los propietarios no percibirán indemnización alguna por los animales obligatoriamente sacrificados cuando no se encuentren inscritos en el Registro de Explotaciones Ganaderas, no hayan comunicado inmediatamente la existencia de la enfermedad, no hubieran sacrificado dentro de los plazos establecidos, hubieran incumplido las medidas impuestas por los Servicios de la Consejería de Agricultura y Ganadería o bien cuando su conducta, por acción u omisión, hubiera ocasionado la difusión de la enfermedad o hubiera podido contribuir a ello.
2. En ningún caso los animales de compañía que sean sacrificados obligatoriamente darán lugar a indemnización.

Artículo 43. *Incentivos a la reposición.*

Podrán establecerse incentivos para favorecer la reposición del ganado sacrificado obligatoriamente.

CAPÍTULO III

Agrupaciones de defensa sanitaria

Artículo 44. *Definiciones y ayudas.*

1. Son Agrupaciones de Defensa Sanitaria las asociaciones de ganaderos que, bajo la responsabilidad técnica de un facultativo Veterinario, tengan como objetivo el desarrollo de acciones o programas zoosanitarios específicos complementarios con los establecidos oficialmente.

2. Estas Agrupaciones de Defensa Sanitaria gozarán de prioridad en la concesión de asistencia técnica oficial y de las ayudas económicas que se puedan prever en el desarrollo de la presente Ley.

CAPÍTULO IV

Acciones sanitaria entre Comunidades Autónomas

Artículo 45. *Coordinación.*

La Consejería de Agricultura y Ganadería podrá establecer convenios o conciertos con otras Comunidades autónomas y otras Administraciones Públicas con las que se compartan problemas de sanidad animal, que afecten o puedan afectar a los ganaderos de esta Comunidad, para una eficaz resolución de los mismos.

CAPÍTULO V

Concesión de títulos sanitarios

Artículo 46. *Procedimiento.*

1. La Consejería de Agricultura y Ganadería reconocerá el adecuado estado sanitario de las explotaciones ganaderas mediante el otorgamiento de los correspondientes títulos acreditativos.

2. Su concesión se realizará de oficio o previa solicitud del titular de la explotación, una vez efectuadas las oportunas comprobaciones sanitaria que se prevean, quedando en suspenso cuando sea constatada la aparición de alguna enfermedad infectocontagiosa o parasitaria hasta que, una vez extinguida totalmente, se disponga reglamentariamente.

CAPÍTULO VI

Mejora genética con fines sanitarios

Artículo 47. *Obtención de estirpes.*

La Junta de Castilla y León podrá desarrollar o colaborar en el desarrollo de programas genéticos dirigidos a la obtención de estirpes animales resistentes a determinadas enfermedades como método de lucha contra las mismas.

TÍTULO V

Red de vigilancia epidemiológica y apoyo técnico

Artículo 48. *Red de Laboratorios de Sanidad Animal.*

1. Los Laboratorios Pecuarios Provinciales de la Comunidad Autónoma se integrarán en una «Red de Laboratorios de Sanidad Animal», bajo la coordinación técnica del Laboratorio Pecuario Regional.

2. La «Red de Laboratorios de Sanidad Animal», dispondrá de los correspondientes medios humanos y materiales para servir de ayuda y apoyo técnico a las explotaciones ganaderas.

Artículo 49. *Red de Vigilancia Epidemiológica.*

Apoyada en la infraestructura administrativa de las Unidades Veterinarias, se establecerá una «Red de Vigilancia Epidemiológica», con el adecuado soporte informático, ofimático y telemático.

TÍTULO VI

Formación e información zoosanitaria

Artículo 50. *Investigación, experimentación y especialización.*

1. La Consejería de Agricultura y Ganadería fomentará las actividades de investigación y experimentación en materia de sanidad animal, promoviendo o colaborando en el desarrollo de programas específicos que aborden los problemas epidemiológicos de la ganadería castellano-leonesa.
2. La Consejería de Agricultura y Ganadería garantizará la formación de sus facultativos Veterinarios en materia de Epidemiología Veterinaria con el objeto de elevar la especialización y permanente actualización de sus conocimientos, para lo que podrá establecer los acuerdos y convenios de colaboración que sean necesarios con los centros y entidades que se estimen más convenientes.

Artículo 51. *Formación y divulgación.*

1. Los Servicios competentes de la Consejería de Agricultura y Ganadería, respecto a las materias reguladas en esta Ley, podrán realizar actividades de formación no reglada dirigidas a titulares de explotaciones ganaderas y personal dependiente de las mismas.
2. Para promover la participación activa de los ganaderos en la lucha contra las enfermedades de los animales, se desarrollarán campañas de divulgación con la máxima amplitud posible, participando en las mismas los Servicios de las Consejerías correspondientes.

TÍTULO VII

Régimen sancionador

Artículo 52. *Responsabilidades.*

1. Serán sujetos responsables de las correspondientes infracciones las personas físicas o jurídicas que incurran en las mismas.
2. Las infracciones en materia de sanidad animal serán objeto de las sanciones administrativas que corresponda, previa instrucción del oportuno expediente sancionador, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o de otro orden que puedan concurrir.
3. En caso de que la comisión de la infracción haya producido algún tipo de quebranto a la hacienda de la Comunidad Autónoma, el órgano sancionador fijará ejecutoriamente las indemnizaciones que procedan.

Artículo 53. *Procedimiento sancionador.*

El procedimiento sancionador se tramitará conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas y se observarán los principios de la potestad sancionadora establecidos en la legislación básica.

Artículo 54. *Calificación.*

(Derogado).

Artículo 55. *Infracciones administrativas.*

Las infracciones administrativas en materia de sanidad animal, son las tipificadas como leves, graves y muy graves en la legislación básica de sanidad animal.

Artículo 56. *Sanciones y graduación.*

Las sanciones por infracciones administrativas en materia de sanidad animal y su graduación, son las previstas en la normativa básica de sanidad animal.

Artículo 57. *Prescripción.*

(Derogado).

Artículo 58. *Competencia.*

1. La incoación de los procedimientos sancionadores como consecuencia de las acciones u omisiones tipificadas como infracciones administrativas en la presente ley corresponderá:

a) Por la comisión de infracciones leves y graves, a los jefes de los servicios territoriales de la consejería competente en materia agraria.
b) Por la comisión de infracciones muy graves, a los Delegados Territoriales.

2. La resolución de los procedimientos sancionadores corresponderá:

a) Al Delegado Territorial de la Junta de Castilla y León, en el caso de infracciones leves.
b) Al titular del órgano directivo central competente por razón de la materia, en el caso de infracciones graves.
c) Al titular de la consejería competente en materia agraria, en el caso de infracciones muy graves.

Disposición adicional primera. *Reproducción animal.*

1. Para el establecimiento de paradas de sementales y centros de inseminación artificial, ya sean privados o dependientes de las Administraciones Públicas, será necesaria la autorización previa de la Consejería de Agricultura y Ganadería.
2. Reglamentariamente se regularán aquellos aspectos del funcionamiento de las paradas y centros mencionados que puedan afectar a la situación zoosanitaria de la ganadería castellano-leonesa.
3. La Junta de Castilla y León podrá desarrollar o colaborar en el desarrollo de programas reproductivos sanitariamente controlados.

Disposición adicional segunda. *Productos zoosanitarios.*

El almacenamiento, comercialización, distribución y dispensación de productos zoosanitarios y otras sustancias utilizadas en producción animal serán autorizados y controlados por los Servicios competentes de la Consejería de Agricultura y Ganadería en el marco de la normativa estatal aplicable.

Disposición adicional tercera. *Ejecución subsidiaria de acciones sanitarias.*

1. Los particulares y las entidades públicas o privadas que se encuentren afectadas por la obligatoriedad de la lucha contra una enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, deberán realizar las acciones sanitarias que al efecto se establezcan.
2. En casos de que los afectados incumplan lo previsto en el apartado anterior, la Consejería de Agricultura y Ganadería procederá a la ejecución subsidiaria, con sus propios medios o utilizando servicios ajenos, liquidando los gastos correspondientes al interesado, cuyo pago podrá exigírsele por vía de apremio, con independencia de las sanciones a que hubiere lugar.

Disposición adicional cuarta.

En la concesión de ayudas que puedan establecerse por la Junta de Castilla y León para el desarrollo de la ganadería en la Comunidad se atenderá, entre otros criterios, al grado de cumplimiento que los dueños, titulares o encargados de las explotaciones ganaderas hayan observado en relación con los preceptos de esta Ley y su normativa de desarrollo.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o menor rango que se opongan al contenido de esta Ley.

Disposición final.

Se autoriza a la Junta de Castilla y León para dictar cuantas normas y disposiciones sean precisas para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

§ 5

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.

§ 6

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.

§ 7

Ley 7/2002, de 18 de octubre, de Sanidad Animal de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Comunidad Autónoma de La Rioja
«BOR» núm. 132, de 31 de octubre de 2002
«BOE» núm. 268, de 8 de noviembre de 2002
Última modificación: 30 de diciembre de 2022
Referencia: BOE-A-2002-21675

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

Sepan todos los ciudadanos que el Parlamento 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

El Estatuto de Autonomía de La Rioja, aprobado por Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio, modificada por Ley Orgánica 3/1994, de 24 de marzo, en el apartado 19 de su artículo 8 atribuye a la Comunidad Autónoma de La Rioja competencia exclusiva en materia de agricultura, ganadería e industrias agroalimentarias de acuerdo con la ordenación general de la economía, en el marco de lo previsto en el artículo 148 de la Constitución.

La legislación sobre sanidad animal ha tenido su norma básica en la Ley de Epizootias de 20 de diciembre de 1952 y en su Reglamento de desarrollo, aprobado por Decreto de 4 de febrero de 1955, y se ha revelado como un instrumento eficaz en la prevención, lucha, control y erradicación de las enfermedades de los animales.

Sin embargo, gran parte de la normativa ha quedado obsoleta ante los cambios sociopolíticos, económicos y los avances científicos y tecnológicos, lo que ha hecho necesario adaptar la misma a los nuevos retos derivados de una ganadería más moderna y competitiva y a las nuevas directrices de los ordenamientos nacional y comunitario.

El sector ganadero riojano ha realizado un gran esfuerzo de adaptación en los ámbitos de la producción y de la sanidad, habiendo alcanzado los sectores agrícola y ganadero una gran dimensión social en la medida que han contribuido a evitar el despoblamiento del medio rural.

Ambas actividades constituyen los cimientos sobre los que se levanta la industria agroalimentaria, sector que goza de un gran valor estratégico en el contexto industrial, y aparecen íntimamente ligadas a la calidad de los alimentos y del consumo humano.

La sanidad animal se nos muestra como un factor de vital importancia para la economía y la salud pública, pero también para el mantenimiento y conservación de las especies animales y la conservación del medio ambiente.

La posibilidad de contagio entre las distintas especies animales domésticas y salvajes, así como la creación de reservorios en el medio natural, determinan la aplicación de medidas sanitarias en ambos medios.

El futuro del sector, que pasa por conseguir una competitividad y en consecuencia una mayor rentabilidad que permita la introducción de nuestros ganados y sus productos derivados en otros mercados nacionales, comunitarios o de terceros países, debe ser abordado desde la perspectiva del estado sanitario en la medida que se halla sujeto a limitaciones de sanidad.

En este sentido, para erradicar cualquier foco de enfermedad epizoótica y controlar enfermedades enzoóticas ha de establecerse la infraestructura necesaria de medios materiales y humanos que permitan actuar eficazmente.

El establecimiento de una buena ordenación sanitaria del sector productivo y comercializador constituye el fundamento de una adecuada sanidad animal. De ahí que tenga mención especial en la Ley la adopción de acciones sanitarias de carácter general y especial en las explotaciones y el reconocimiento de las Agrupaciones de Defensa Sanitaria.

La desaparición de las fronteras interiores entre países comunitarios ha facilitado el comercio de animales y obliga a modificar los procedimientos de inspección para evitar un mayor riesgo de difusión de enfermedades.

Entrando en el contenido de la Ley, ésta se estructura en once títulos, con 75 artículos, una Disposición Transitoria, una Disposición Derogatoria y dos Disposiciones Finales.

El Título I establece el objeto y ámbito de aplicación, así como la competencia.

El Título II se ocupa de las explotaciones ganaderas y sus titulares.

El Título III regula los sistemas de identificación y registro de animales.

El Título IV hace referencia al movimiento pecuario, transporte y concentraciones de animales.

La Ley distingue entre las acciones sanitarias de carácter general y las acciones sanitarias de carácter especial. El Título V se ocupa de las primeras, que son aquellas que se orientan a la vigilancia y control de la sanidad animal y se ejecutan ante la sospecha o presencia de enfermedades incluidas en las listas oficiales. Por su parte, el Título VI regula las acciones sanitarias de carácter especial.

El Título VII articula la red de vigilancia epidemiológica y apoyo técnico.

El Título VIII regula los medicamentos veterinarios y sustancias empleadas en la producción animal.

El Título IX aborda las inspecciones veterinarias.

El Título X regula la formación e información sanitaria.

Finalmente, el Título XI establece el régimen sancionador en materia de sanidad animal.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

Es objeto de esta Ley establecer las medidas jurídicas y administrativas más adecuadas para la consecución de los siguientes fines públicos:

a) La mejora de la sanidad animal en la Comunidad Autónoma de La Rioja, mediante la prevención y el control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias animales.

b) La mejora de la salud pública en la Comunidad Autónoma de La Rioja, a través de la prevención y el control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias animales transmisibles al hombre.

c) La prevención de los riesgos derivados del uso de productos zoosanitarios, de componentes de la alimentación del ganado y de otras sustancias empleadas en la producción animal que pueden repercutir en la salud humana o animal, ya sea directamente o por sus residuos.

d) La protección del medio ambiente, a través de la gestión de los residuos procedentes de la actividad ganadera, tanto peligrosos como no peligrosos.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

El ámbito de aplicación de esta Ley será el territorio de la Comunidad Autónoma de La Rioja y afectará a:

a) Todos los animales y sus productos, sin perjuicio de la normativa específica de aplicación a los animales de compañía y la fauna silvestre, dictada por las Consejerías competentes.

b) Las explotaciones, pastos, otros medios de producción y demás recursos destinados o utilizados en la producción, transporte y comercialización de animales.

c) Los productos zoosanitarios y componentes de la alimentación animal, así como a los establecimientos y medios destinados a su elaboración, distribución y comercialización.

d) Los cadáveres, deyecciones, despojos y demás residuos de la actividad ganadera, sin perjuicio de la normativa sectorial vigente a aplicar por la Consejería con competencias en materia de medio ambiente.

e) Las actividades de las personas, físicas o jurídicas, y de las entidades, privadas o públicas, en cuanto estén relacionadas con los fines de esta Ley.

Artículo 3. *Competencias.*

Corresponde a la Consejería con competencias en materia de ganadería el ejercicio de las competencias derivadas de la presente Ley.

TÍTULO II

Explotaciones ganaderas y titulares

Artículo 4. *Definiciones.*

1. Se entiende por explotación ganadera, cualquier instalación, construcción o ubicación donde se críen, manipulen o tengan animales.

La explotación ganadera podrá estar constituida por una o varias unidades de producción gestionadas por el mismo titular.

2. Se entiende por titular de una explotación ganadera, la persona física o jurídica que ejerce la actividad ganadera (cría, cuidado, alimentación, explotación y comercialización de animales y sus productos), con o sin fines lucrativos, y asumiendo los riesgos y responsabilidades que puedan derivarse de su gestión.

3. Se entiende por veterinario responsable de explotación, aquel veterinario en ejercicio libre encargado de la sanidad animal de una explotación ganadera. Los facultativos veterinarios de una Agrupación de Defensa Sanitaria Ganadera tendrán la condición de veterinarios responsables de las explotaciones integradas en la misma.

La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá autorizar o habilitar a veterinarios responsables de explotación para expedir documentación sanitaria y cualquier tipo de certificado sanitario relativo a explotaciones ganaderas que estén bajo su responsabilidad, sin perjuicio del cumplimiento de la normativa vigente a aplicar en cada caso.

La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá crear un Registro de Veterinarios Responsables de Explotación.

Artículo 5. *Registro de Explotaciones Ganaderas.*

1. Se crea el Registro de Explotaciones Ganaderas de La Rioja, abierto a tal fin en la Consejería con competencias en materia de Ganadería.

2. La inscripción se solicitará para todas y cada una de las especies animales y orientaciones productivas.

3. El procedimiento y los requisitos necesarios para la inscripción en el Registro de Explotaciones Ganaderas de La Rioja, así como las causas que determinen la suspensión temporal o definitiva, se determinarán reglamentariamente mediante Orden de la Consejería con competencias en materia de ganadería.

Artículo 6. *Obligaciones de los titulares de explotaciones ganaderas.*

Los titulares de explotaciones ganaderas tienen las siguientes obligaciones:

1. Estar inscrito en el Registro de Explotaciones Ganaderas de La Rioja.
2. Mantener la explotación en las condiciones higiénico-sanitarias previstas en esta Ley y demás disposiciones vigentes o de desarrollo, asegurando el buen estado sanitario de los animales y la protección del medio ambiente.
3. Proporcionar la adecuada alimentación, vigilancia, cuidado, manejo y tratamientos a sus animales a fin de mantener su buen estado sanitario y de bienestar.
4. Efectuar la incorporación de animales a sus explotaciones con ejemplares que cumplan la normativa vigente en materia de sanidad animal y procedan de explotaciones autorizadas.
5. Aplicar las medidas obligatorias que establece la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, conforme a esta Ley y demás disposiciones vigentes, y colaborar en todo momento con aquélla a fin de garantizar la sanidad animal.

TÍTULO III

Sistemas de Identificación y Registro de Movimientos de Animales (SIRMA)

Artículo 7. *Objeto.*

1. La seguridad alimentaria, la investigación epizootiológica, la trazabilidad de animales y sus productos, la estadística y el análisis de los datos productivos, constituyen estrategias cuyos objetivos y resultados se garantizarán mediante óptimos Sistemas de Identificación y Registro de Movimientos de Animales (en adelante SIRMA).
2. Todo SIRMA deberá, en la medida de lo posible, dar una respuesta satisfactoria a dos cuestiones:

a) Localizado un animal, un lote de animales o un producto animal, conocer la explotación de nacimiento y todas y cada una de las explotaciones por las que ha pasado hasta su localización actual.
b) Conocer, a una fecha dada, en qué explotación se encontraba un animal o lote de animales.

Artículo 8. *Componentes.*

Son componentes de los SIRMA los siguientes:

a) Elementos de identificación: marcas auriculares, tatuajes, microchips...
b) Documentos de identificación, pasaportes...
c) Libro de registro de explotación.
d) Bases de datos.
e) Cuantos otros determine la normativa vigente.

Artículo 9. *Competencias.*

Corresponde a la Consejería con competencias en materia de ganadería, de conformidad con la normativa comunitaria y estatal, el desarrollo y puesta en funcionamiento de los distintos componentes de los SIRMA que se establezcan.

Artículo 10. *Obligaciones de los titulares de explotaciones ganaderas.*

Los titulares de explotaciones ganaderas quedan obligados al cumplimiento de la normativa vigente en materia de identificación animal para aquellas especies para las que reglamentariamente esté establecido y aquellas otras que puedan incorporarse en un futuro.

TÍTULO IV

Movimiento pecuario, transporte y concentraciones de animales

CAPÍTULO I

Movimiento pecuario

Artículo 11. *Documentación sanitaria.*

1. Para la circulación y el transporte de animales, por cualquier medio, será obligatorio disponer de la correspondiente autorización sanitaria que ampare el movimiento. Esta autorización, que será expedida por los Servicios Veterinarios Oficiales, acreditará el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente para el movimiento pecuario y que no existe declaración de epizootia en el ámbito geográfico de origen que impida su libre tránsito.

2. La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá desarrollar la normativa para autorizar o habilitar a veterinarios responsables de explotación, para expedir la documentación sanitaria que ampare el movimiento de animales pertenecientes a explotaciones ganaderas que estén bajo su responsabilidad.

Artículo 12. *Colaboración con los Servicios Veterinarios Oficiales.*

Todas las personas, tanto físicas como jurídicas, relacionadas con el origen, circulación, transporte y destino de los animales trasladados, quedan obligadas a prestar la colaboración que les sea requerida por los Servicios Veterinarios Oficiales en sus labores de control e inspección.

Artículo 13. *Animales indocumentados.*

Se considerará indocumentado y, por tanto, sospechoso de padecer enfermedad infectocontagiosa o parasitaria difusible, todo animal que se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

a) Que durante su traslado no vaya amparado por la documentación sanitaria preceptiva.

b) Que sea trasladado a un destino diferente del que figure en la autorización sanitaria del movimiento.

c) Que no esté identificado conforme a la legislación vigente o que su identificación no se corresponda con la identificación indicada en la autorización sanitaria del movimiento.

d) Que, encontrándose en una explotación que no sea la de su nacimiento, no disponga de la documentación sanitaria que justifique su procedencia y ampare su traslado hasta este destino.

Artículo 14. *Detención, aislamiento y observación de los animales indocumentados.*

1. Los animales indocumentados, y por tanto, sospechosos de padecer enfermedad infectocontagiosa o parasitaria difusible deberán ser retenidos, aislados, e inspeccionados por los servicios veterinarios oficiales, pudiendo, según determine la autoridad competente y con la correspondiente documentación, reanudarse el traslado, ser reexpedidos a su lugar de origen, ser inmovilizados en una explotación o lazareto para permanecer en cuarentena, ser enviados a matadero, o procederse al sacrificio «in situ».

2. Los gastos derivados de los procesos indicados en el apartado anterior correrán por cuenta del propietario de los animales o del responsable o tenedor de los mismos en el momento de su detención.

CAPÍTULO II

Transporte de animales

Artículo 15. *Transporte de animales.*

1. Todo transportista de animales, entendiéndose por tal a cualquier persona física o jurídica que por cuenta propia o ajena, o mediante la puesta a disposición de un tercero de

un medio de transporte, interviene, con fines lucrativos y carácter comercial en el transporte de animales deberá estar autorizado e inscrito en el registro oficial correspondiente. Asimismo, todo vehículo que se utilice para el transporte de animales deberá figurar en el citado registro oficial. Será obligatorio llevar en el vehículo el documento que acredite la autorización, y en los casos en que se determine, se llevará también un Libro de Registro de transporte de animales.

2. Será obligatorio que todo vehículo en el que se vayan a cargar animales para su transporte esté limpio y desinfectado. La limpieza y desinfección de los vehículos deberá justificarse documentalmente, según determine la autoridad competente en cumplimiento de la normativa sectorial vigente.

3. Será responsabilidad del transportista, o en su caso de la persona encargada del transporte, la limpieza y desinfección del vehículo y el cumplimiento de la legislación relativa a la protección de los animales durante su transporte.

4. El Gobierno de La Rioja impulsará la creación de las infraestructuras necesarias para la limpieza y desinfección de los medios de transporte, pudiendo celebrar convenios de colaboración con entidades públicas o personas privadas, físicas o jurídicas para facilitar dichas tareas.

CAPÍTULO III

Concentraciones de animales

Artículo 16. *Autorización y medidas preventivas.*

La celebración de ferias, mercados, concursos, exposiciones, o cualquier otro certamen con presencia de animales vivos deberá contar con la autorización de la Consejería con competencias en materia de ganadería, solicitada a instancia del Ayuntamiento o de los Organismos o Entidades organizadoras, siendo de su responsabilidad el cumplimiento de las medidas específicas que se hayan establecido en la autorización.

TÍTULO V

Acciones sanitarias de carácter general

Artículo 17. *Definición.*

1. Se consideran acciones sanitarias de carácter general las que han de disponerse para vigilar y controlar la sanidad animal y ejecutarse ante la sospecha o presentación de alguna de las enfermedades incluidas en las listas oficiales existentes sobre la materia.

2. Para la lucha contra las enfermedades referidas en el apartado anterior podrán aplicarse las acciones sanitarias de tipo administrativo y técnico que se determinen por la Consejería con competencias en materia de ganadería, y que podrán ser las siguientes:

a) Acciones sanitarias de tipo administrativo:

La notificación de enfermedades, la declaración oficial de existencia de enfermedad y la declaración oficial de extinción de la misma.

b) Acciones sanitarias de tipo técnico:

El estudio epizootiológico, la investigación del foco primario y el diagnóstico de la enfermedad.

Las acciones sanitarias de lucha, prevención y tratamiento.

El control del movimiento pecuario, el transporte y las concentraciones de animales.

El control y tratamiento de los cadáveres, deyecciones, despojos y demás residuos de la actividad ganadera. Las acciones sanitarias complementarias.

CAPÍTULO I

Notificación de enfermedad

Artículo 18. *Notificación obligatoria.*

Los propietarios, los responsables de los animales, los veterinarios que atiendan a los animales y los servicios veterinarios oficiales, que tengan conocimiento o sospecha de la presencia en animales de alguna enfermedad que, por sus características de contagio y morbimortalidad, pueda ser considerada infectocontagiosa o parasitaria de declaración obligatoria incluida en las listas oficiales existentes, deberán ponerlo en conocimiento inmediato de la Consejería con competencias en materia de ganadería.

Asimismo, facilitarán toda la información que les sea requerida por la Consejería con competencias en materia de ganadería.

Por otra parte, la Consejería con competencias en ganadería difundirá el conocimiento de las enfermedades entre los propietarios y responsables de los animales.

CAPÍTULO II

Investigación del foco primario, diagnóstico de la enfermedad y medidas complementarias

Artículo 19. *Visita, comprobación y actuaciones.*

1. Los servicios que prevea la Consejería con competencias en materia de ganadería, realizarán visitas de inspección a las explotaciones ganaderas.

2. Si los servicios que prevea la Consejería con competencias en materia de ganadería tuvieran conocimiento de la existencia de animales enfermos o sospechosos de padecer alguna de las enfermedades de declaración obligatoria incluidas en las listas oficiales existentes, realizarán una inspección inmediata con el objeto de diagnosticar la enfermedad, adoptarán las medidas que eviten su difusión y realizarán el estudio epizootiológico que conduzca a la determinación del origen del foco.

3. Del diagnóstico, así como de sus actuaciones y de las medidas adoptadas, los servicios veterinarios oficiales informarán en tiempo y forma a sus órganos superiores que, en su caso, pondrán en conocimiento de la autoridad gubernativa las medidas adoptadas por si fuera necesaria la realización de algún tipo de control sobre las explotaciones afectadas.

4. Diagnosticada una enfermedad transmisible al hombre se dará cuenta inmediata de ello y del resto de actuaciones habidas a la Consejería con competencias en materia de salud pública. De la misma forma se actuará con respecto a la Consejería con competencias en materia de medio ambiente si la enfermedad pudiera afectar a la fauna silvestre.

5. Durante el proceso de diagnosis, se recurrirá a cuantos medios e instituciones se considere necesario para garantizar su fiabilidad, dando preferencia a aquéllos de carácter público. Asimismo se facilitará el acceso de los servicios veterinarios oficiales de la Consejería con competencias en materia de ganadería a los mataderos que se determinen.

Artículo 20. *Inmovilización y aislamiento.*

1. Los animales, las explotaciones y los productos ganaderos podrán ser sometidos bajo control de la autoridad competente a los períodos de inmovilización y aislamiento o cuarentena de duración adecuada que se determinen en función, principalmente, del período de incubación o espera, así como del tiempo necesario para establecer el diagnóstico o para asegurar que los animales, la explotación o los productos no constituyen un peligro para la sanidad animal o humana.

2. La inmovilización y aislamiento podrá afectar a los animales enfermos, sospechosos e incluso a otros animales sanos, así como a otros elementos de la explotación. Dicha inmovilización se efectuará bajo control oficial y se tomarán las medidas pertinentes a fin de evitar el quebrantamiento de las medidas adoptadas.

3. Cuando lo considere necesario, la Consejería con competencias en materia de ganadería podrá ordenar el traslado de las zonas afectadas o consideradas de alto riesgo de animales que puedan ser receptivos a la enfermedad.

4. En el caso de que los animales sometidos a un período de inmovilización y aislamiento no pudieran acceder a los pastizales comunales, la Administración podrá contemplar ayudas que compensen los costos añadidos generados por este motivo.

CAPÍTULO III

Declaración oficial de existencia y extinción de enfermedades

Artículo 21. *Declaración oficial de la enfermedad.*

1. Diagnosticada una enfermedad de declaración obligatoria o bien alguna otra que por su gran poder difusivo o intensidad de presentación así lo aconseje, la Consejería con competencias en materia de ganadería realizará la declaración oficial de su existencia conforme a la normativa vigente.
2. La declaración contendrá los datos correspondientes a la denominación de la enfermedad, localización del foco y delimitación de las zonas de influencia de aquélla, así como las medidas que en cada una de ellas se impongan.

Artículo 22. *Extinción oficial de la enfermedad.*

La declaración oficial de extinción de enfermedad se realizará mediante el mismo procedimiento que declaró su existencia, una vez trascurrido el tiempo que en cada caso se determine a partir de la última muerte o curación. La extinción podrá llevar consigo el establecimiento de las medidas precautorias que la epizootiología veterinaria aconseje.

Artículo 23. *Planes de alerta sanitaria.*

En los casos en que sea necesario, podrán establecerse planes de alerta sanitaria para controlar la presentación de futuros brotes y evitar su difusión. El contenido de los planes se determinará reglamentariamente.

CAPÍTULO IV

Acciones sanitarias de lucha, prevención y tratamiento

Artículo 24. *Establecimiento de campañas de vacunación y tratamiento.*

1. La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá ordenar campañas de tratamientos sanitarios o de vacunación obligatoria para producir anillos inmunitarios y cordones sanitarios que impidan la difusión de una enfermedad y permitan la defensa sanitaria de los animales de los territorios limítrofes.
2. Igualmente, la Consejería podrá prohibir la realización de vacunaciones en todo o parte del territorio de la Comunidad Autónoma de La Rioja cuando considere suficiente el nivel de control sanitario sobre una enfermedad, o para evitar problemas de diagnóstico postvacunal o para alcanzar la calificación sanitaria frente a una enfermedad.

Artículo 25. *Regulación de vacunaciones y tratamientos voluntarios.*

1. Los veterinarios responsables de explotación podrán establecer planes de vacunación y tratamiento voluntarios, quedando obligados en todo caso a realizar la correspondiente comunicación sobre las actuaciones practicadas ante la Consejería con competencias en materia de Ganadería en la forma y tiempo que en cada caso se establezca.
2. Para la realización de las actividades reguladas en el apartado anterior, en las enfermedades que así se determine, será necesaria la autorización previa de la Consejería con competencias en materia de ganadería.

CAPÍTULO V

Tratamiento de cadáveres

Artículo 26. *Obligaciones y prohibiciones.*

1. Los propietarios de los animales muertos por cualquier causa, están obligados a la destrucción de los cadáveres en los lugares y mediante los sistemas previstos al efecto, quedando terminantemente prohibido abandonar animales muertos o moribundos en cualquier lugar no autorizado.

2. Solamente dentro del marco establecido por la normativa vigente en cada momento podrán destinarse cadáveres de animales o partes de animales muertos para otros usos, en cuyo caso la autoridad competente deberá autorizarlo y realizar el seguimiento sanitario de dichos usos autorizados.

Artículo 27. *Centros de tratamiento de cadáveres.*

1. La Comunidad Autónoma de La Rioja, fomentará el establecimiento y dotación de centros de tratamiento o transformación de cadáveres de animales y de subproductos de origen animal.

El transporte de estos productos se deberá realizar con total garantía sanitaria.

2. La Comunidad Autónoma de La Rioja podrá celebrar convenios de colaboración con entidades públicas o personas privadas, físicas o jurídicas, para facilitar la recogida, el transporte y tratamiento de los cadáveres de animales.

CAPÍTULO VI

Acciones sanitarias complementarias

Artículo 28. *Condiciones de explotación de los animales.*

La Consejería con competencias en materia de ganadería velará por que las condiciones de explotación de los animales, de los alojamientos, de los medios y servicios que el ganado utilice, sean adecuados desde el punto de vista sanitario, fisiológico, etológico y del bienestar de los animales.

Artículo 29. *Distancias.*

1. Como medida preventiva para evitar la difusión de enfermedades, las explotaciones ganaderas mantendrán entre sí y, recíprocamente con las instalaciones destinadas a concentraciones ganaderas y actividades agroindustriales de tipo ganadero o relacionadas, las distancias que se contemplen en la normativa vigente.

2. Para la fijación de estas distancias se tendrán en cuenta las circunstancias geográficas y las características de las especies ganaderas.

Artículo 30. *Densidad ganadera.*

Cuando las circunstancias epizootiológicas así lo aconsejen, la Consejería con competencias en materia de ganadería podrá establecer mediante Orden la densidad ganadera máxima por especie y zona determinada.

Artículo 31. *Acceso a pastos de aprovechamiento común.*

1. Solo podrán acceder a los pastos de aprovechamiento común, los animales que cumplan las siguientes condiciones:

a) Proceder de explotaciones que cumplan los requisitos sanitarios especificados en la normativa vigente.

b) No presentar síntomas de enfermedad infectocontagiosa o parasitaria difusible.

c) Estar identificados según la normativa vigente.

2. La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá exigir que los terrenos destinados para el aprovechamiento común de pastos, dispongan de instalaciones

adecuadas para el manejo de los animales y que permitan la realización sobre los mismos, de las prácticas higiénico-sanitarias que en cada momento sean necesarias o puedan ser ordenadas.

Artículo 32. *Desinfección, desparasitación y prácticas similares.*

1. La desinfección, desparasitación, desinsectación, desratización y prácticas similares, según proceda, de los lugares, utensilios o materias que constituyan estancia, medio de transporte o, simplemente, que estén en contacto con animales, deben ser realizadas obligatoria y periódicamente en los planes de lucha zoosanitaria y como práctica habitual de titulares de explotación y transportistas, utilizando los productos cuya comercialización esté autorizada.

2. En los locales y terrenos donde se celebren concentraciones de ganado deberán realizarse, bajo la responsabilidad de los organizadores, las operaciones de limpieza, desinfección y desinsectación, antes y después de su uso, con los productos adecuados en cada caso.

Artículo 33. *Acciones complementarias en extinción de focos.*

1. Extinguido oficialmente un foco de cualquier enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, se procederá por los interesados y bajo la supervisión de los servicios veterinarios oficiales a una rigurosa limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de los lugares que hubieran servido de alojamiento y de los utensilios o materiales que hubiesen estado en contacto con los animales infectados.

2. Extinguido oficialmente el foco, corresponderá a la Consejería con competencias en materia de ganadería determinar el momento y las condiciones que han de exigirse para proceder a la introducción de nuevos animales.

Artículo 34. *Control de vectores y reservorios.*

1. En función de las circunstancias epizootiológicas, se procederá a realizar acciones de control de vectores mecánicos, biológicos, reservorios bióticos, hospedadores intermediarios y parásitos o formas parasitarias.

2. En dichas acciones se utilizarán productos autorizados oficialmente, debiendo ser empleados de forma que se asegure el máximo respeto a los ecosistemas.

TÍTULO VI

Acciones sanitarias de carácter especial

CAPÍTULO I

Programas de control y erradicación de enfermedades

Artículo 35. *Concepto.*

1. A los efectos de esta Ley, se consideran programas de control y erradicación de enfermedades, las acciones sanitarias de carácter especial y obligatorias en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja, en cuyo desarrollo se apliquen técnicas específicas de epizootiología veterinaria orientadas al control, y en su caso, erradicación, de aquellos procesos patológicos de los animales que presenten una elevada prevalencia en la población animal o humana, o que comprometan o puedan comprometer la viabilidad económica de las explotaciones ganaderas y el comercio pecuario.

2. Los programas de control y erradicación de enfermedades deberán estar regulados reglamentariamente.

Artículo 36. *Programas Especiales de Acción Sanitaria.*

1. La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá realizar Programas Especiales de Acción Sanitaria en áreas concretas y específicas de la Comunidad Autónoma

de La Rioja, cuando en ellas se presenten las necesidades sanitarias previstas en el apartado primero del artículo anterior.

2. Los Programas Especiales de Acción Sanitaria serán obligatorios para todas las explotaciones ganaderas ubicadas en el área para la que se establezcan.

Artículo 37. *Garantías sanitarias.*

1. Todo propietario, operador comercial o responsable de animales quedará obligado al cumplimiento de las medidas previstas en los programas de control y erradicación de enfermedades que se instrumenten por la Administración y en los términos que aquéllas determinen.

2. Se prohíbe el movimiento de animales fuera de la explotación donde se encuentren, cuando estén sometidos a programas de control y erradicación de enfermedades durante el proceso de diagnóstico, salvo autorización expresa de la Consejería con competencias en materia de ganadería.

Artículo 38. *Autorización de técnicos.*

La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá autorizar a técnicos competentes para la realización de programas de control y erradicación de enfermedades, quienes quedarán obligados a comunicar las actuaciones practicadas en el tiempo y forma que se determine. Dichas actuaciones serán supervisadas por la citada Consejería.

Artículo 39. *Declaración de explotaciones ganaderas calificadas sanitariamente.*

1. Como consecuencia del desarrollo y aplicación de los programas de control y erradicación de enfermedades, la Consejería con competencias en materia de ganadería podrá declarar a una explotación ganadera como «calificada sanitariamente», quedando ésta obligada al cumplimiento de cuantas condiciones sanitarias implique la correspondiente calificación.

2. La concesión se realizará de oficio o previa solicitud del titular de la explotación, una vez efectuadas las oportunas comprobaciones sanitarias que se prevean, quedando en suspenso mientras se incumpla cualquiera de las condiciones establecidas para su calificación.

Artículo 40. *Reposición de ganado en explotaciones sometidas a programas de control y erradicación.*

La reposición y el movimiento de animales en explotaciones sometidas a programas de control y erradicación se realizará bajo las condiciones establecidas en dichos programas. En todo caso, la Consejería con competencias en materia de ganadería podrá determinar la realización de cuantas pruebas y actuaciones sanitarias considere oportunas sobre los animales de nueva introducción.

CAPÍTULO II

Sacrificio obligatorio

Artículo 41. *Ordenación.*

1. La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá ordenar el sacrificio de animales para controlar las enfermedades que les afecten, teniendo en cuenta la gravedad y poder de difusión de éstas. En la orden de sacrificio se comunicará al interesado el diagnóstico de la enfermedad y, en su caso, los consejos o criterios de actuación futura ante la situación generada.

2. La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá ordenar la realización del vaciado sanitario de una explotación, cuando las circunstancias así lo aconsejen, de acuerdo con la normativa vigente. Asimismo se podrán arbitrar ayudas a la renta del ganadero mientras dure la paralización de la actividad de su explotación.

3. El sacrificio que se declare obligatorio por la Consejería con competencias en materia de ganadería, deberá llevar consigo la correspondiente indemnización, de acuerdo con la normativa y baremos vigentes.

Exclusivamente en el ámbito de las actuaciones oficiales podrán ser igualmente indemnizables los animales que mueran por causa directa tras haberlos sometido a tratamientos o manipulaciones preventivos o con fines de diagnóstico, o en general los que hayan muerto en el contexto de las medidas de prevención o lucha contra una enfermedad como consecuencia de la ejecución de actuaciones impuestas por la autoridad competente.

4. Si dentro del plazo establecido al efecto, los propietarios no procedieran al sacrificio de los animales afectados, éste podrá realizarse por la Consejería con competencias en materia de ganadería, siendo a costa del propietario los gastos que se generen por tal concepto.

5. El sacrificio declarado obligatorio deberá realizarse en los lugares, establecimientos y período que fije la Consejería con competencias en materia de ganadería.

6. En el caso de enfermedades que presenten especial virulencia o gravedad inusitada, con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, y cualquiera que sea el origen del foco primario podrán aplicarse medidas especiales con carácter de urgencia, y entre ellas el sacrificio obligatorio «in situ» de animales afectados y sospechosos.

7. La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá establecer ayudas dirigidas a favorecer la reposición del ganado sacrificado obligatoriamente.

8. Todo propietario de animales sospechosos de padecer alguna de las enfermedades sobre las que se apliquen programas de control y erradicación amparados por esta Ley, podrá sacrificarlos sin indemnización, previo conocimiento, autorización y control de los Servicios competentes de la Consejería con competencias en materia de ganadería.

Artículo 42. *Exclusiones a la percepción de indemnizaciones.*

1. Los propietarios no percibirán indemnización alguna por los animales sacrificados obligatoriamente o en su caso por vaciado sanitario, en cualquiera de los siguientes casos:

a) Cuando la explotación no figure inscrita en el Registro de Explotaciones Ganaderas de La Rioja o no se hubiera solicitado la inscripción en el mismo.

b) Cuando no posean el Libro de Registro de Explotación o éste no se encuentre actualizado en los tres últimos meses anteriores al diagnóstico, en el caso de especies animales para las que sea preceptivo.

c) Cuando no hubieran comunicado inmediatamente la existencia de una enfermedad de declaración obligatoria a la Consejería con competencias en materia de ganadería.

d) Cuando su conducta por acción u omisión, hubiera ocasionado la difusión de la enfermedad o hubiera podido contribuir a ello.

e) Cuando hubiera existido negativa a la inspección de su explotación o de sus instalaciones.

f) Cuando se aprecie una deficiente higiene y desinfección de la explotación o de sus instalaciones.

g) Cuando hubieran incumplido las normas sobre sanidad animal o las medidas cautelares o definitivas, impuestas por la Consejería con competencias en materia de ganadería.

h) Cuando existan muestras de manipulación fraudulenta en la documentación sanitaria o en las marcas de identificación.

i) Cuando exista evidencia de cualquier manipulación que pudiera alterar la fiabilidad de los resultados de las pruebas de diagnóstico.

j) Cuando hubieran introducido animales ya enfermos o sospechosos procedentes de zonas sometidas a restricciones sanitarias, o de explotaciones de inferior calificación sanitaria.

k) Cuando se hubieran encontrado en la explotación animales sin identificar y cuya identificación sea obligatoria, no existiendo causa justificada para ello.

l) Cuando hubieran quebrantando las medidas cautelares de inmovilización adoptadas.

ll) En los casos en que se haya incorporado a la explotación algún animal sin las garantías sanitarias dispuestas en esta Ley o en su normativa de desarrollo, así como cuando se desconozca su origen o carezca de acreditación sanitaria suficiente.

m) En los supuestos de aparición en la explotación de animales que, perteneciendo a la misma, no fueron investigados en el momento en que se realizó el programa de control y erradicación en fases anteriores por causas imputables al titular.

n) Cuando el sacrificio se hubiera realizado fuera de los plazos establecidos o en lugares o establecimientos no autorizados.

2. Cuando se trate de animales de compañía o de animales destinados a fines lúdicos o deportivos que sean sacrificados obligatoriamente, no existirá indemnización, salvo que expresamente lo determine la Consejería con competencias en materia de ganadería.

CAPÍTULO III

Agrupaciones de defensa sanitaria ganadera

Artículo 43. *Definición y ayudas.*

1. Son Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera las asociaciones dotadas de personalidad jurídica propia, constituidas por los ganaderos, bajo la responsabilidad técnica de un facultativo veterinario que tendrá la condición de veterinario responsable de explotación, con el objetivo de elevar el nivel sanitario y zootécnico de sus explotaciones mediante la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y el establecimiento y ejecución de programas de profilaxis y lucha contra las enfermedades animales.

2. Cada Agrupación de Defensa Sanitaria Ganadera se considerará como una unidad, tanto a efectos del desarrollo del programa sanitario como, en su caso, de las subvenciones públicas que pudieran corresponderle.

3. El reconocimiento de cada Agrupación de Defensa Sanitaria Ganadera corresponde a la Consejería con competencias en materia de ganadería, conforme a los requisitos que se establezcan reglamentariamente.

4. Todas las Agrupaciones que sean reconocidas por la Consejería con competencias en materia de ganadería se inscribirán en el Registro de Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera existente. Asimismo, se anotarán en este Registro las modificaciones posteriores y, en su caso, la extinción de las reconocidas.

5. Las Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera, así como los facultativos veterinarios responsables, deberán colaborar activamente en la organización, control y ejecución de las medidas sanitarias que, para la prevención y lucha contra las enfermedades animales, adopte la Consejería con competencias en materia de ganadería. Asimismo, deberán realizar entre sus asociados las campañas de divulgación que se establezcan.

6. El incumplimiento de las condiciones determinantes del reconocimiento de las Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera, del programa sanitario aprobado, o la falta de colaboración con la Consejería con competencias en materia de ganadería, podrá dar lugar a la suspensión o, en su caso, la extinción definitiva de su reconocimiento a los efectos de esta Ley.

7. La Consejería con competencias en materia de ganadería establecerá cuantos controles considere necesarios para asegurar el cumplimiento de los compromisos, programas sanitarios y demás obligaciones recogidas en la presente Ley.

8. La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá conceder ayudas a las Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera reconocidas, dentro de las disponibilidades presupuestarias.

CAPÍTULO IV

Acciones sanitarias entre Comunidades Autónomas

Artículo 44. *Coordinación.*

La Consejería con competencias en materia de ganadería podrá establecer convenios o conciertos con otras Comunidades Autónomas y otras Administraciones Públicas con las que se compartan problemas de sanidad animal, que afecten o puedan afectar a los ganaderos de la Comunidad Autónoma de La Rioja, para una eficaz resolución de los mismos.

TÍTULO VII

Red de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo Técnico

Artículo 45. *Red de Vigilancia Epidemiológica.*

1. Se establecerá una Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad Autónoma de La Rioja como un sistema orientado a la recogida, mantenimiento y análisis de información epidemiológica, que posibilite la evaluación de riesgos y la detección temprana de problemas relacionados con la sanidad animal, y sirva de base técnica para la adopción de medidas de prevención y control de las enfermedades animales.

2. La gestión de la Red de Vigilancia Epidemiológica dependerá de los Servicios Veterinarios Oficiales de la Consejería con competencias en materia de ganadería, e implicará la participación de los siguientes sujetos:

a) Los propietarios o responsables de las explotaciones.

b) Los Servicios Veterinarios Oficiales del Gobierno de La Rioja.

c) Los veterinarios en ejercicio libre y los veterinarios responsables de explotación.

d) El Laboratorio Regional de la Comunidad Autónoma de La Rioja o cualquier otro laboratorio autorizado por la autoridad competente.

e) La Consejería con competencias en materia de ganadería y las Consejerías del Gobierno de La Rioja competentes en materia de Salud Pública y de Fauna silvestre.

3. La Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad Autónoma de La Rioja podrá interrelacionarse con cualquier otro sistema que tenga establecido cualquier otra Administración Pública con la misma finalidad.

Artículo 46. *Laboratorio Regional de la Comunidad Autónoma de La Rioja.*

El Laboratorio Regional de la Comunidad Autónoma de La Rioja dispondrá de los recursos técnicos y humanos necesarios para garantizar, en el ámbito de sus competencias, la correcta ejecución de los programas sanitarios amparados por esta Ley y el apoyo técnico a las explotaciones ganaderas. Todo ello sin menoscabo de garantizar el cumplimiento de los programas y necesidades de otros departamentos.

TÍTULO VIII

Medicamentos veterinarios y sustancias empleadas en la producción animal

CAPÍTULO I

Medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos

Artículo 47. *Autorización.*

La preparación, posesión o tenencia, con fines industriales o comerciales de medicamentos veterinarios, piensos medicamentosos o sustancias que posean propiedades anabolizantes, antiinfecciosas, antiparasitarias, antiinflamatorias, hormonales o psicótropas u otras sustancias activas que puedan utilizarse como medicamentos veterinarios o en la

fabricación de los mismos, requerirá una autorización expresa de la Consejería con competencias en materia de ganadería.

Artículo 48. *Receta veterinaria.*

1. Los propietarios o responsables de animales, cuyas producciones sean destinadas al consumo humano, tendrán que justificar la posesión o tenencia, adquisición y la administración de medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos sometidos a prescripción, mediante la copia de la receta preceptiva, extendida por un facultativo veterinario legalmente acreditado.

2. La prescripción en receta extendida por un facultativo veterinario es obligatoria para la dispensación de piensos medicamentosos y de los medicamentos veterinarios que estén sometidos a tal exigencia.

Artículo 49. *Registro Oficial de Centros.*

1. Todos los centros ubicados en la Comunidad Autónoma de La Rioja, que posean o tengan medicamentos veterinarios, piensos medicamentosos o materias primas para la fabricación de los mismos, están obligados a registrarse en la Consejería con competencias en materia de ganadería.

2. El Registro Oficial de centros relacionados con los medicamentos veterinarios queda clasificado en los siguientes grupos:

a) Grupo I: Incluye los centros elaboradores de autovacunas, los establecimientos productores y/o distribuidores de sustancias activas que puedan ser utilizadas en la fabricación de medicamentos veterinarios y los productores y/o distribuidores de piensos medicamentosos.

b) Grupo II: Incluye los almacenes mayoristas de medicamentos veterinarios, los depósitos reguladores de medicamentos veterinarios, los establecimientos autorizados para la comercialización de medicamentos para animales de compañía, los centros dispensadores de medicamentos veterinarios y los botiquines de urgencia. En el caso de las oficinas de farmacia, que se regularán por su normativa específica, las competencias en relación con el registro, inspecciones y otras actuaciones, corresponden a la Consejería con competencias en materia de salud pública.

Artículo 50. *Ejercicio Clínico del Facultativo Veterinario.*

El ejercicio clínico de la veterinaria es incompatible con cualquier clase de interés económico directo derivado de la fabricación, elaboración y comercialización de los medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.

Artículo 51. *Prescripción de medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.*

1. La Consejería con competencias en ganadería, sin perjuicio de las competencias del Estado en la materia, establecerá reglamentariamente:

a) El procedimiento de autorización e inscripción en el Registro Oficial de centros relacionados con los medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.

b) Las condiciones que deben cumplir los centros mencionados en el párrafo anterior.

c) La prescripción, mediante receta, por veterinarios legalmente capacitados para el ejercicio clínico, de medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos que estén sometidos a tal exigencia.

d) Las obligaciones del veterinario prescriptor, de los ganaderos y de los centros relacionados con los medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.

Artículo 52. *Libro de Registro de Tratamientos.*

1. Toda explotación ganadera deberá tener y llevar actualizado un Libro de Registro de Tratamientos que deberá poner a disposición de cualquier autoridad competente en el curso de una visita de inspección.

2. El veterinario que prescriba el tratamiento, deberá diligenciarlo en el Libro de Registro de Tratamientos y anotará los plazos de espera correspondientes y cuantas otras observaciones crea oportuno reflejar.

3. Los propietarios o responsables de los animales serán los responsables de mantener el Libro de Registro de Tratamientos, que deberá contener los datos siguientes:

a) Identificación del medicamento veterinario y naturaleza del tratamiento administrado.
b) Fecha, dosis administrada y duración del tratamiento.
c) Proveedor del medicamento veterinario.
d) Identificación de los animales tratados.

4. Los propietarios o responsables de los animales deberán respetar los plazos de espera y conservar junto al Libro de Registro de Tratamientos las copias de las recetas veterinarias durante, al menos, cinco años.

5. La Consejería con competencias en materia de ganadería, a petición del ganadero interesado, entregará un ejemplar del Libro de Registro de Tratamientos, pudiéndose aceptar cualquier otro modelo que cumpla con las exigencias de la normativa sectorial vigente, previa autorización y diligencia de los servicios veterinarios oficiales.

Artículo 53. *Controles oficiales.*

1. La Consejería con competencias en materia de ganadería, a través de sus servicios veterinarios oficiales u otros servicios que en el futuro puedan preverse, realizará controles para vigilar el cumplimiento de esta Ley y cuantas normas de ámbito europeo, nacional o autonómico sean de aplicación en materia de medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.

2. Todas las personas, tanto físicas como jurídicas, relacionadas con los medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos, quedan obligadas a prestar la colaboración que les sea requerida por los servicios veterinarios oficiales o por otros servicios que en el futuro puedan preverse en sus labores de control e inspección.

CAPÍTULO II

Sustancias y materias primas prohibidas

Artículo 54. *Control de sustancias prohibidas.*

1. Sin perjuicio de las competencias del Estado en materia de control de determinadas sustancias y sus residuos en los animales vivos y sus productos, la Consejería con competencias en materia de ganadería, en el marco del Plan Nacional de Investigación de Residuos, establecerá los controles necesarios así como las tomas de muestras oportunas en animales vivos, agua de bebida, leche cruda, etc. para vigilar que no se utilicen sustancias prohibidas en la cría y engorde del ganado.

2. Los servicios veterinarios oficiales realizarán todos los años, de forma aleatoria o dirigida, los controles que se programen en coordinación con la Consejería con competencias en materia de salud pública para detectar el uso fraudulento o no autorizado de sustancias prohibidas por la normativa sectorial vigente, especialmente la utilización de agentes de efecto hormonal y tireostático y sustancias beta-agonistas para la cría del ganado.

Artículo 55. *Control de sustancias y materias primas utilizadas en la alimentación animal.*

1. Sin perjuicio de las competencias del Estado en la materia, la Consejería con competencias en materia de ganadería, establecerá los controles necesarios y las tomas de muestras oportunas para vigilar la correcta utilización de materias primas y cualquier otra sustancia empleada en la alimentación animal.

2. Los controles se realizarán en los establecimientos elaboradores, intermediarios, en la propia explotación ganadera y en general en cualquier punto o centro relacionado con la alimentación animal.

3. Los productos, sustancias y materias primas a investigar serán todos aquellos que establezca la legislación sectorial vigente y se acuerden en los Programas Nacionales Coordinados, en especial proteínas animales elaboradas, sustancias indeseables y sustancias prohibidas.

TÍTULO IX

Inspección veterinaria

Artículo 56. *Competencias.*

Corresponde a los Servicios Veterinarios Oficiales de la Comunidad Autónoma de La Rioja o a otros servicios que en el futuro puedan preverse la realización de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley.

Artículo 57. *Competencias de los Inspectores Veterinarios.*

1. El personal al servicio del Gobierno de La Rioja, en el ejercicio de su función de inspección, tendrá el carácter de autoridad y podrá:

A) Tener acceso a:

a) Explotaciones ganaderas y locales o instalaciones donde se críen, mantengan o comercialicen animales.
b) Locales o instalaciones de producción, manipulación, transformación, almacenamiento, conservación, distribución o comercialización de:

Medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.
Materiales o productos destinados a la sanidad animal.
Materias primas o elaboradas y piensos utilizados en la alimentación animal.
Materias primas, sustancias o complementos utilizados en producción animal.
Cadáveres de animales, productos y subproductos de origen animal.

c) Vehículos que se utilicen para el transporte de animales, cadáveres de animales, productos y subproductos de origen animal.
d) Superficies destinadas al aprovechamiento ganadero o de la fauna silvestre.

B) Exigir la información epidemiológica y la documentación que considere necesaria en el curso de sus actuaciones.
C) Tomar las muestras mínimas necesarias, con cargo al tenedor de las mismas, para su examen o análisis detallado en centros especializados.
D) Ordenar el cierre cautelar de locales e instalaciones si existiera un grave e inmediato riesgo para la sanidad animal, para la salud pública o para el medio ambiente.
E) Intervenir y adoptar cuantas medidas preventivas o cautelares, inherentes al ejercicio de su función, considere necesarias para la aplicación de lo dispuesto en la presente Ley.
F) Ordenar la inmovilización de animales, vehículos, mercancías o productos que constituyan materia de infracción a esta Ley.
G) Ordenar la inmovilización y, en su caso, la destrucción de animales sospechosos, productos animales u otros materiales relacionados, cuando considere que existe evidencia o riesgo fundado de difusión de una enfermedad infectocontagiosa o parasitaria animal.

2. Si durante la inspección se apreciara algún hecho, situación o actuación que pudiera constituir infracción, el inspector hará constar en un acta los hechos y datos necesarios que sirvan de base al correspondiente procedimiento administrativo.

Artículo 58. *Presunciones.*

1. Los hechos y datos que figuren recogidos en las actas de inspección se presumirán ciertos, salvo que se pruebe lo contrario por cualquiera de los medios reconocidos en Derecho.

2. La carencia total o parcial de la documentación exigida o su incorrecta cumplimentación, cuando afecte fundamentalmente a los hechos imputados o a la calificación de los mismos, será constitutiva de infracción.

Artículo 59. *Obligaciones de los inspeccionados.*

Las personas físicas o jurídicas a quienes se practique una inspección estarán obligadas a:

a) Suministrar toda clase de información sobre los animales, su alimentación y tratamientos medicamentosos, los medios de producción, los productos, servicios y mercancías, permitiendo su comprobación por los inspectores.
b) Facilitar que se obtenga copia o reproducción de la documentación que justifique las informaciones.
c) Permitir que se practique la oportuna prueba, o toma de muestras gratuita de los productos o mercancías en las cantidades estrictamente necesarias.
d) En general, consentir la realización de la inspección y colaborar en su ejercicio.

TÍTULO X

Formación e información sanitaria

Artículo 60. *Investigación, Experimentación y Especialización.*

1. La Consejería con competencias en materia de ganadería fomentará las actividades de investigación y experimentación en materia de sanidad animal, promoviendo o colaborando en el desarrollo de programas específicos que aborden los problemas epidemiológicos de la ganadería riojana.
2. La Consejería con competencias en materia de ganadería garantizará la formación de sus facultativos veterinarios, especialmente en materia de sanidad animal y Epidemiología Veterinaria, con el objeto de elevar la especialización y permanente actualización de sus conocimientos, para lo que podrá establecer los acuerdos y convenios de colaboración que sean necesarios con los centros y entidades que se estimen más convenientes.

Artículo 61. *Formación y divulgación.*

1. Los Servicios competentes de la Consejería con competencias en materia de ganadería, respecto a las materias reguladas en esta Ley, podrán realizar actividades de formación no reglada dirigidas a titulares de explotaciones ganaderas y personal dependiente de las mismas.
2. Para promover la participación activa de los ganaderos en la lucha contra las enfermedades de los animales, se desarrollarán campañas de divulgación, en las que participarán los Servicios de las Consejerías correspondientes.

TÍTULO XI

Régimen sancionador

Artículo 62. *Normativa aplicable.*

1. Los incumplimientos de lo dispuesto para esta materia en la normativa comunitaria, en la normativa estatal, en las disposiciones propias de esta comunidad autónoma o en las disposiciones de desarrollo serán considerados incumplimientos susceptibles de ser tipificados como infracciones leves, graves y muy graves de acuerdo con lo establecido en la normativa estatal de carácter básico, sin perjuicio de las responsabilidades exigibles en vía penal, civil o de otro orden en que puedan incurrir los responsables.
2. El procedimiento sancionador se ajustará a lo previsto en la presente ley, en la correspondiente ley estatal de carácter básico dictada en esta materia, en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, así como a lo dispuesto en capítulo V del título III de la Ley 4/2005,

de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, siendo de aplicación supletoria lo dispuesto en el Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, que regula el procedimiento para el ejercicio de la potestad sancionadora.

Artículo 63. *Responsables.*

1. Serán responsables de las infracciones tipificadas en esta ley:

a) Los titulares, o responsables de la explotación, así como el propietario del ganado en el caso de incumplimiento de sus obligaciones.
b) El conductor del vehículo o el transportista, en el caso de contravenciones que se observen en la realización del transporte, sin perjuicio de la responsabilidad del propietario del vehículo.
c) El titular de la autorización de puesta en el mercado, en el caso de infracciones en productos autorizados como medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.
d) El tenedor de los productos, en el caso de las infracciones en productos que no estén legalmente reconocidos.
e) Los operadores, comerciantes, mayoristas, distribuidores y compradores, en el supuesto del comercio de animales.
f) En los demás casos, los autores materiales de las infracciones.

2. Cuando la infracción sea imputada a una persona jurídica, podrán ser considerados como responsables las personas que integren sus organismos rectores o de dirección, así como los técnicos responsables del cuidado sanitario o, en el caso de productos farmacológicos o biológicos, los responsables de su control e incluso de su elaboración.

Artículo 64. *Indemnizaciones.*

En el supuesto de que la comisión de la infracción produzca algún tipo de quebranto al patrimonio de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el consejero con competencias en materia de ganadería podrá fijar las indemnizaciones procedentes.

Artículo 65. *Competencia y procedimiento.*

La competencia para la imposición de las sanciones en materia de sanidad animal corresponde:

a) Al director general competente por razón de la materia, para las leves y graves.
b) Al consejero competente por razón de la materia, para las muy graves.

2. La instrucción e imposición de sanciones por infracciones previstas en la ley básica correspondiente en materia de sanidad animal se efectuará conforme a los siguientes trámites:

a) Se iniciará siempre de oficio, por acuerdo del director general competente por razón de la materia, bien por propia iniciativa o como consecuencia de orden superior, petición razonada de otro órgano administrativo –en particular de los que tengan atribuidas funciones de inspección– o por denuncia.
b) Con anterioridad a la iniciación del procedimiento, se podrán realizar actuaciones previas con objeto de determinar con carácter preliminar si concurren circunstancias que justifiquen la iniciación. Estas actuaciones previas serán realizadas por los órganos que tengan atribuidas funciones de inspección, que levantarán acta de lo actuado.
c) La iniciación del procedimiento sancionador se comunicará al instructor que haya designado el director general y se notificará al sujeto o sujetos inculpados y, en su caso, al denunciante. Los sujetos inculpados dispondrán de un plazo de quince días para formular alegaciones y proponer prueba, concretando los medios de que pretendan valerse.
d) Transcurrido el plazo señalado y, en su caso, practicada la prueba declarada pertinente, el instructor dictará propuesta de resolución, que se notificará a los interesados, a quienes se dará audiencia por un plazo de quince días.
e) Transcurrido el plazo de audiencia, el instructor dará traslado del expediente al órgano competente para resolver, que dictará la resolución correspondiente.

3. El órgano competente para la incoación del expediente podrá adoptar durante la tramitación del procedimiento las medidas de carácter provisional o cautelar que aseguren la eficacia de la resolución final que pudiera recaer, así como aquellas necesarias para evitar perjuicios al interés público o a terceros.

Artículos 66 a 75.

(Suprimidos).

Disposición transitoria única.

Hasta tanto se dicten, de acuerdo con lo previsto en esta Ley, nuevas disposiciones en desarrollo de la misma, continúan en vigor las normas dictadas en materia de sanidad animal en la Comunidad Autónoma de La Rioja hasta la fecha, en lo que no se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o menor rango se opongan al contenido de esta Ley.

Disposición final primera.

Se autoriza al Gobierno de La Rioja para dictar cuantas normas y disposiciones sean precisas para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final segunda.

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

Disposición final tercera. *Moratoria de explotaciones ganaderas intensivas.*

1. Hasta el 1 de enero de 2028 no se admitirán solicitudes ni se concederán autorizaciones ganaderas para la instalación de explotaciones ganaderas intensivas con capacidad superior a:

a) Porcino: 720 unidades de ganado mayor (UGM) de capacidad, entendiendo por UGM la equivalencia para cada tipo de animal presente en una explotación, de acuerdo con los valores establecidos por la normativa básica de ordenación de las explotaciones porcinas.
b) Pollos de engorde *(broilers):* 90.000 animales por ciclo.
c) Gallinas ponedoras y recría: 40.000 animales por ciclo.
d) Gallinas reproductoras y su recría: 40.000 animales por ciclo.
e) Otras aves (excepto ratites): 40 000 animales por ciclo.
f) Bovino de leche: 250 UGM.
g) Bovino de carne (cebaderos): 180 UGM.
h) Explotaciones de reproducción de ovino/caprino de leche: 1.000 reproductores.
i) Explotaciones de reproducción de ovino/caprino de carne: 2.000 reproductores.
j) Cebaderos de ovino: 3.000 animales.
k) Equino: 180 UGM.
l) Conejos: 1.500 madres y 10.500 gazapos.
m) Asentamientos apícolas de flora silvestre: 120 colmenas.
n) Asentamientos apícolas de aprovechamiento de cultivos: 200 colmenas.

2. Tampoco se admitirán nuevas solicitudes ni se concederán nuevas autorizaciones ganaderas para la ampliación de explotaciones ganaderas intensivas existentes que lleven a una explotación resultante superior a los máximos establecidos en el apartado 1 de esta disposición final tercera.

§ 8

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.

§ 9

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.

Disposición final 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.

Disposición final 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.

Disposición final 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.

Disposición adicional 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.

Disposición adicional 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.

§ 10

Ley Foral 11/2000, de 16 de noviembre, de Sanidad Animal

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 143, de 27 de noviembre de 2000
«BOE» núm. 44, de 20 de febrero de 2001
Última modificación: 4 de mayo de 2023
Referencia: BOE-A-2001-3424

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral de Sanidad Animal.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La concepción moderna de la agricultura y de la ganadería en los países desarrollados considera ambas actividades humanas como funciones sociales que van más allá de su primigenio papel de medio de producción de alimentos para el consumo, o de su ulterior consideración como una actividad económica propia del que se ha dado en llamar sector primario, en contraposición a los sectores secundario o industrial, o terciario o de servicios.

Hoy, la agricultura y la ganadería han alcanzado, como la reforma de la Política Agrícola Común contenida en la Agenda 2000 se ha encargado de destacar, una notable dimensión social, al contribuir a evitar o retrasar el despoblamiento del medio rural, con todo lo que de positivo se deriva de este mantenimiento de los núcleos de población rural, especialmente para la preservación de las culturas tradicionales de los pueblos y el equilibrio del medio ambiente.

Además, tanto una como otra actividad se configuran como la base sobre la que se asienta la industria agroalimentaria, subsector que adquiere cada día un mayor valor estratégico en la diversificación de las actividades industriales, con el consiguiente aumento de independencia de otros subsectores económicos, singularmente en el caso de la Comunidad Foral de Navarra, donde la industria agroalimentaria se sitúa ya como el segundo sector en peso específico dentro del ámbito de la actividad industrial.

También se vincula inevitablemente la actividad agropecuaria con la calidad de los alimentos y del consumo humano. Precisamente, los últimos años del siglo XX han sido abundantes en la aparición de lamentables y alarmantes episodios de deficiencias en la producción de alimentos agrícolas y ganaderos en amplias latitudes de países avanzados socialmente. Una agricultura y una ganadería de calidad son y serán en el futuro una garantía sanitaria para los ciudadanos obligados a nutrirse de alimentos y productos provenientes de ambas.

Dentro de la ganadería, la sanidad animal aparece como un factor determinante, motivo de preocupación y de dedicación tanto para los poderes públicos como para los sectores privados que conviven en su entorno. La sanidad animal interesa principalmente por razones de salud pública, pero también, lógicamente, por motivaciones socioeconómicas, tanto de los

agentes económicos que practican la ganadería como de las Administraciones Públicas que la fomentan, así como por razones de protección medioambiental.

Igualmente, el complejo entramado productivo de la ganadería, que supera con creces los constreñidos límites de las regiones y estados para alcanzar un ámbito global e internacional muy superior, se halla condicionado, cuando no supeditado, a importantes restricciones sanitarias. La sanidad es ahora un límite infranqueable para la presencia de los productos animales en los mercados nacionales, comunitario y de terceros países, con mayor motivo en un momento como el actual, en el que las corrientes comerciales encuentran una tendencia de oportunidad, especialmente en los productos de elevado prestigio y precio por su calidad.

Todas estas consideraciones llevan a hacer necesarios, por un lado, un efectivo control sanitario que posibilite la erradicación de las diversas epizootias, y por otro, el mantenimiento de una vigilancia permanente y extrema que evite la aparición de enfermedades exóticas por la introducción de animales o de sus productos. En tal sentido, la salud pública guarda una estrecha correlación con el grado de desarrollo obtenido en la eliminación de enfermedades zoosanitarias, como la tuberculosis, brucelosis, carbunco, salmonelosis, equinococosis, lehismaniosis, etc. También merece un lugar destacado el control en la utilización de fármacos que puedan presentar efectos nocivos para el consumidor de productos ganaderos cuando son manejados incorrectamente o sin guardar los tiempos de espera preceptivos; ello impone el control veterinario de la empresa ganadera, de manera que se realice la prescripción facultativa mediante la expedición de receta oficial de los tratamientos medicamentosos y el control sobre la aplicación de los mismos.

Hasta ahora la sanidad animal venía parcialmente regulada en la Ley estatal de Epizootias de 1952. A partir de ésta se ha dado pie a un desarrollo reglamentario adaptado a las diferentes situaciones producidas con el paso del tiempo, si bien gran parte de la normativa legal había quedado obsoleta y se mostraba insuficiente para afrontar los retos derivados de una actividad ganadera más moderna y competitiva.

La Comunidad Foral de Navarra también ha dictado diversas normas relativas a la sanidad animal tanto de rango legal como fundamentalmente reglamentario, aun cuando no con un carácter global y omnicomprensivo de la materia. Entre sus principales disposiciones aparecía la Ley Foral 5/1984, de 4 de mayo, de protección sanitaria del ganado que aprovecha pastos comunales, hoy superada en la mayor parte de su articulado por el transcurso del tiempo.

Es por estas razones por lo que se considera oportuno promover, con una voluntad codificadora en el rango formal legislativo, una Ley Foral de Sanidad Animal que permita situar a Navarra en un nivel de desarrollo sanitario acorde con el que disfrutan ya los países y regiones de la Unión Europea más avanzados en esta materia.

El artículo 50.1 de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, reconoce la competencia exclusiva de Navarra, asumida en virtud de su régimen foral, en las materias de agricultura y ganadería, dentro de la ordenación general de la economía.

La titularidad de esta competencia exclusiva permite a la Comunidad Foral el ejercicio de su potestad legislativa (artículo 40.1 de la misma Ley Orgánica) a través de la aprobación de Leyes Forales (artículo 20.1).

Asimismo, el Real Decreto 2654/1985, de 18 de diciembre, de traspaso de servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra en materia de agricultura, ganadería y montes, estableció un largo elenco de funciones y servicios que, desde la fecha de efectividad de la transferencia, se ejercen por la Administración de la Comunidad Foral en cuanto a la sanidad animal: el control y la vigilancia de los animales y de sus explotaciones para la detección de epizootias y la adopción de las medidas sanitarias pertinentes en el caso de aparición de una de ellas; la planificación, organización, dirección, ejecución y evaluación de las campañas de saneamiento ganadero no declaradas de interés estatal; la organización, dirección, ejecución y evaluación, en su ámbito territorial, de las campañas de saneamiento ganadero, declaradas de interés estatal; la recomendación de las medidas de lucha contra las enfermedades de los animales; el fomento de las agrupaciones ganaderas de defensa sanitaria; la adopción de las medidas zoosanitarias obligatorias, en relación con el movimiento y transporte de los animales y productos de ellos derivados; la autorización,

calificación y registro, así como el control zoosanitario de las concentraciones ganaderas, explotaciones animales, paradas de sementales, centros de reproducción no estatales y núcleos zoológicos; la gestión, en su ámbito territorial, del registro de distribuidores de productos y material zoosanitario; la gestión de las subvenciones para el desarrollo de las campañas de saneamiento ganadero y los programas de sanidad animal; la declaración oficial obligatoria de la existencia de una enfermedad; y la declaración oficial de áreas libres de enfermedad.

El amplio abanico competencial de Navarra permite y recomienda la elaboración de un texto legal único regulador de la sanidad animal, sin perjuicio de las competencias que en este mismo sector pueda ejercer la Administración del Estado en virtud de sus competencias en materia de régimen aduanero y arancelario y comercio exterior, bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica, sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos.

Entrando en el contenido de la Ley Foral, el capítulo I establece el objeto y ámbito de aplicación de la misma, que no son otros que los de asegurar la sanidad de los animales vinculados a la ganadería existentes en Navarra; proteger la salud humana tanto de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias que afectan a la cabaña ganadera, como de los productos sanitarios que se emplean en ésta; y coadyuvar a una mejora de la rentabilidad de las explotaciones ganaderas.

El capítulo II se ocupa de las explotaciones ganaderas. Tales explotaciones ganaderas habrán de contar con un libro de explotación ganadera y deberán inscribirse en el Registro de Explotaciones Agrarias para poder acceder a los beneficios y ayudas públicas que otorgue la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, no sólo con cargo a los Presupuestos Generales de Navarra, como ya lo requiere hoy la Ley Foral 20/1997, de 15 de diciembre, sino incluso a las ayudas directas provenientes de la sección Garantía del Fondo Europeo de Orientación y Garantía Agrícola, como medida jurídica dirigida a lograr explotaciones ganaderas respetuosas con el medio ambiente.

El capítulo III establece el deber de identificar los animales que se determinen reglamentariamente, de forma que se pueda localizar su lugar de origen o el paso de los mismos, en línea también con las exigencias comunitarias hoy vigentes.

La Ley Foral distingue entre las acciones sanitarias de carácter general y las acciones sanitarias de carácter especial. El Capítulo IV se ocupa de las primeras, que son las que se dirigen a la vigilancia y control de la sanidad animal y que se ejecutan ante la sospecha o presencia de enfermedades incluidas en las listas oficiales. Entre estas acciones de carácter general se encuentran las de índole administrativa, tales como el deber de notificación obligatoria de enfermedades o sospecha de la presencia de éstas, la declaración oficial por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación de la existencia de una enfermedad y la declaración de su extinción. Asimismo, se incluyen las de índole técnico, que comprenden las acciones sanitarias de prevención a través de la vacunación y tratamiento, el control del movimiento, trashumancia y transporte de animales, el control de los certámenes ganaderos, el tratamiento de cadáveres, etcétera. La Ley Foral también enumera diversas acciones complementarias, tales como las condiciones de explotación de los animales, distancias entre explotaciones, densidad ganadera o las condiciones de acceso del ganado a pastos de aprovechamiento común.

Entre las acciones sanitarias de carácter especial, el capítulo V enuncia los programas de control y erradicación de enfermedades que promuevan las Administraciones Públicas, la declaración de las explotaciones ganaderas como calificadas sanitariamente, el sacrificio obligatorio, que será indemnizable, salvo en los casos tasados por la propia Ley Foral, y el apoyo a las Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera, en cuanto asociaciones de ganaderos, dotadas de personalidad jurídica, para la elevación del nivel sanitario de las explotaciones.

El capítulo VI articula las oportunas medidas para un más adecuado control de los medicamentos veterinarios y de las sustancias utilizables en la producción animal. Tales medidas consisten, por un lado, en la habilitación legal al Gobierno de Navarra para que regule reglamentariamente esta materia en todas y cada una de las fases de preparación y utilización de los productos; y, por otro, en la creación de un registro oficial de establecimientos, en donde deberán inscribirse los establecimientos radicados en Navarra

que elaboren o dispensen tales productos medicamentosos, sin olvidar la obligación de que exista previamente la prescripción veterinaria antes de suministrar al animal medicamentos o piensos medicamentosos.

El capítulo VII aborda las inspecciones sanitarias, otorgando amplias facultades a los inspectores dependientes del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación para que puedan garantizar una aplicación inmediata y efectiva de la Ley Foral ante sus posibles incumplimientos, y definiendo legalmente las obligaciones de los inspeccionados en su deber de colaboración con la Administración Pública sanitaria.

Finalmente, el capítulo VIII establece el régimen sancionador en la materia de sanidad animal, tipificando las infracciones administrativas en leves, graves y muy graves, sus posibles responsables, las sanciones procedentes y su graduación, la prescripción y las reglas reguladoras de la competencia y procedimiento para la imposición de las sanciones.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

Es objeto de esta Ley Foral establecer las medidas jurídicas y administrativas más adecuadas para la consecución de los siguientes fines públicos:

a) La mejora sanitaria de la ganadería de Navarra mediante la prevención y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, sean o no transmisibles al hombre, que afecten a la cabaña ganadera.

b) La prevención y eliminación de los riesgos directos inherentes al empleo de productos zoosanitarios en la cabaña ganadera, y de los derivados de la presencia de sus residuos o de los productos resultantes de su metabolismo en el organismo animal donde sean aplicados.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

El ámbito de aplicación de esta Ley Foral será el territorio de Navarra y afectará a:

a) Todos los animales, sus explotaciones y sus productos. Quedan excluidos, no obstante, los animales de compañía, que se regularán por la Ley Foral 7/1994, de 31 de mayo, de protección de los animales.

b) Los productos zoosanitarios, los establecimientos y medios destinados a su elaboración, distribución, comercialización y aplicación y, en su caso, de los alimentos para el ganado.

c) Las actividades de las personas, físicas o jurídicas, y de las entidades, públicas o privadas, en cuanto estén relacionadas con los fines de esta Ley Foral.

Artículo 3. *Competencias de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.*

Corresponde a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, a través del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, el ejercicio de las siguientes competencias relacionadas con la sanidad animal:

a) El control y vigilancia de los animales y de sus explotaciones para la detección de epizootias y la adopción de las medidas sanitarias pertinentes en el caso de aparición de una de ellas.

b) La planificación, organización, dirección, ejecución y evaluación de las campañas de saneamiento ganadero no declaradas de interés estatal.

c) La organización, dirección, ejecución y evaluación, en el ámbito territorial de la Comunidad Foral de Navarra, de las campañas de saneamiento ganadero declaradas de interés estatal.

d) La recomendación de las medidas de lucha contra las enfermedades de los animales.

e) El fomento de las agrupaciones ganaderas de defensa sanitaria.

f) La adopción de las medidas zoosanitarias obligatorias, en relación con el movimiento y transporte de los animales y productos de ellos derivados.

g) La autorización, calificación y registro, así como el control zoosanitario, de las explotaciones, instalaciones y concentraciones ganaderas, paradas de sementales, centros de reproducción no estatales y núcleos zoológicos.

h) La gestión, en el territorio de Navarra, del registro de fabricantes y de distribuidores de productos zoosanitarios y los relacionados con la alimentación animal.

i) La gestión de las subvenciones que los presupuestos generales establezcan para el desarrollo de las campañas de saneamiento ganadero y de los programas de sanidad animal.

j) La declaración oficial obligatoria de la existencia de una enfermedad dentro del territorio de la Comunidad Foral de Navarra.

k) La declaración oficial de áreas libres de enfermedad dentro del territorio navarro.

l) Garantizar el cumplimiento de la normativa sobre bienestar animal y protección de los animales en las explotaciones ganaderas y durante el transporte.

CAPÍTULO II

Explotaciones ganaderas

Artículo 4. *Definición.*

A los efectos de esta Ley Foral, se entiende por explotación ganadera el conjunto de bienes y derechos organizados empresarialmente por su titular en el ejercicio de la actividad ganadera y que constituya en sí misma una unidad técnico-económica en la que se tengan, críen o manipulen animales, sin perjuicio de su división, por razones técnicas, en diferentes unidades de producción.

Artículo 5. *Obligaciones de los titulares de las explotaciones.*

Son obligaciones generales de los titulares de las explotaciones ganaderas:

a) Solicitar, cuando así lo requiera la normativa específica sobre sanidad animal, la autorización administrativa preceptiva para la implantación de las explotaciones.

b) Mantener la explotación en las condiciones higiénicas y sanitarias previstas en esta Ley Foral y demás disposiciones vigentes o de desarrollo, asegurando el buen estado sanitario de las poblaciones animales.

c) Atender y vigilar a sus animales, a fin de mantener su buen estado sanitario y de bienestar.

d) Efectuar la incorporación o reposición de animales a sus explotaciones con ejemplares que cumplan la normativa sanitaria vigente y procedan de explotaciones o instalaciones aptas para ello.

e) Aplicar las medidas sanitarias obligatorias que establezca la Administración de la Comunidad Foral de Navarra conforme a esta Ley Foral y demás disposiciones vigentes, y colaborar en todo momento con ésta con el fin de garantizarse la sanidad animal.

Artículo 6. *Libro de explotación ganadera.*

1. Los titulares de las explotaciones ganaderas que se determinen reglamentariamente deberán poseer actualizado el correspondiente Libro de Explotación Ganadera, que será diferente para cada una de las especies y de las actividades de ganadero u operador de ganado. Las personas que al mismo tiempo desempeñen actividades de ganadero y de operador deberán proveerse de ambos Libros de Registro, y mantener físicamente independizadas dichas actividades.

2. El libro de explotación ganadera contendrá una relación de los animales presentes en la explotación, las altas y bajas producidas por nacimientos, muertes o intercambios de animales y las sustituciones de crotales u otros sistemas obligatorios de identificación animal, así como los demás extremos que se determinen reglamentariamente.

3. La presentación del libro de explotación podrá ser requerida para poder realizar cualquier actividad relacionada con la Administración, inherente al ejercicio profesional de ganaderos y operadores.

4. Corresponde la expedición del libro de explotación ganadera al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

5. El Libro de Explotación Ganadera tendrá la consideración de documento básico para la elaboración de las informaciones de carácter estadístico, epizootiológico y estado sanitario y para su uso a efectos del Registro de Explotaciones Agrarias de Navarra.

Artículo 7. *Registro de explotaciones agrarias de Navarra.*

1. Las explotaciones ganaderas existentes en Navarra deberán figurar inscritas en el Registro de Explotaciones Agrarias de Navarra, de conformidad con el Decreto Foral Legislativo 150/2002, de 2 de julio.

2. Será preceptiva la inclusión en el Registro de Explotaciones Agrarias de Navarra o, en su caso, haber solicitado su inclusión, para poder acceder a:

Los beneficios y ayudas públicas que se otorguen por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en apoyo de la actividad ganadera, con cargo, en todo o parte, a los Presupuestos Generales de Navarra.

Los pagos que se concedan directamente a la actividad ganadera con arreglo a los regímenes de ayuda a la Política Agrícola Común, financiados total o parcialmente por la sección de Garantía del Fondo Europeo de Orientación y Garantía Agrícola.

3. La obtención de las ayudas públicas a que se refiere el apartado anterior estará condicionada al cumplimiento, en todo momento, de la normativa aplicable sobre sanidad animal, conforme a lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 8. *Explotaciones deficientes.*

1. Advertidas por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación deficiencias en el cumplimiento por una explotación de la normativa sanitaria animal, desde el citado Departamento se requerirá al titular de la misma para que subsane las citadas deficiencias en un plazo determinado que, salvo casos especiales debidamente justificados, no podrá ser superior a seis meses.

Transcurrido dicho plazo sin que el interesado haya subsanado las deficiencias, el Departamento procederá a:

a) Incoar expediente sancionador al responsable.

b) Suspender al titular de la explotación ganadera las ayudas públicas relacionadas con la actividad ganadera contempladas en los Presupuestos Generales de Navarra o en la sección de Garantía del Fondo Europeo de Orientación y Garantía Agrícola en tanto no proceda a la subsanación.

c) Adoptar las medidas preventivas necesarias para evitar los perjuicios a la sanidad animal.

2. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá, además, en los casos de deficiencias más graves, paralizar, incluso con carácter preventivo, el funcionamiento de la explotación y deberá adoptar las medidas necesarias para eliminar o reducir riesgos.

Artículo 9. *Ayudas a la adecuación sanitaria.*

Con el fin de promover su adecuación a la normativa vigente sobre sanidad animal, los titulares de explotaciones ganaderas podrán acogerse a las ayudas públicas que otorgue el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación conforme a la normativa reguladora de ayudas a las inversiones en explotaciones agrarias, establecida reglamentariamente por el Gobierno de Navarra en el marco comunitario de ayudas al desarrollo rural.

CAPÍTULO III

Identificación animal

Artículo 10. *Identificación animal.*

1. Los animales objeto de esta Ley Foral que se determinen reglamentariamente en cada caso deberán estar identificados de forma que se pueda localizar la explotación o lugar de origen o de paso del animal en cualquier momento de su vida.

2. La identificación animal individual, como fase previa a cualquier operación epizootiológica y como constatación de estados y procesos especiales, se realizará de acuerdo con la normativa comunitaria y, en su caso, con la estatal, garantizándose en todo momento la eficacia de los controles que puedan incorporarse al movimiento y sanidad del ganado y la calidad de sus producciones.

CAPÍTULO IV

Acciones sanitarias de carácter general

Sección 1.ª Definición

Artículo 11. *Definición.*

1. Se consideran acciones sanitarias de carácter general las que han de disponerse para vigilar y controlar la sanidad animal y ejecutarse ante la sospecha o presentación de alguna de las enfermedades incluidas en las listas oficiales existentes sobre la materia.

2. Las acciones sanitarias de carácter general podrán ser las siguientes:

a) Acciones sanitarias de tipo administrativo: La notificación, la declaración oficial de existencia de enfermedades y la declaración oficial de extinción de enfermedad.

b) Acciones sanitarias de tipo técnico:

El estudio epizootiológico, la investigación del foco primario y el diagnóstico de la enfermedad.

Las acciones sanitarias de prevención y tratamiento.

El control del movimiento, trashumancia y transporte de animales.

El control de los certámenes ganaderos. El tratamiento de cadáveres.

Las acciones sanitarias complementarias.

Sección 2.ª Notificación

Artículo 12. *Notificación y comunicaciones obligatorias.*

Los dueños, administradores o encargados de los animales y los veterinarios que atiendan la explotación, que tengan conocimiento o sospecha de la presencia en animales de alguna enfermedad que, por sus características de contagio y morbi-mortalidad, pueda ser considerada infectocontagiosa o parasitaria de declaración obligatoria conforme a la normativa vigente, deberán ponerlo en conocimiento inmediato del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

Asimismo, facilitarán la información sobre el estado sanitario de las explotaciones, animales, abortos o productos animales, que les sea requerida por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación o por las disposiciones vigentes en materia de sanidad animal.

Sección 3.ª Investigación del foco primario, diagnóstico de las enfermedades y medidas complementarias

Artículo 13. *Visita, comprobación y actuaciones.*

1. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, a través de sus servicios técnicos, girará visitas a las explotaciones ganaderas.

2. Si el Departamento tuviera conocimiento de la existencia de animales enfermos o sospechosos de padecer enfermedad de declaración obligatoria, realizará una inspección inmediata con el objeto de diagnosticar la enfermedad, adoptará las medidas que eviten su difusión y realizará las indagaciones que conduzcan a la determinación del origen del foco.

3. Con el objeto de obtener una mejor información epizootiológica o realizar un más acertado diagnóstico, se facilitará el acceso a los mataderos a aquellos técnicos que los servicios competentes del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación determinen.

4. Diagnosticada una enfermedad transmisible al hombre, se dará cuenta inmediata de ello y del resto de las actuaciones habidas al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Si la enfermedad pudiera afectar a la fauna silvestre, se actuará de la misma forma respecto al Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda.

Artículo 14. *Inmovilización y aislamiento.*

1. Los animales, las explotaciones y los productos ganaderos podrán ser sometidos, bajo control veterinario oficial, a períodos de inmovilización y aislamiento o cuarentena de duración adecuada a cada proceso en función, principalmente, del período de incubación o espera, así como del tiempo necesario para establecer el diagnóstico, o para que los animales, la explotación o los productos dejen de ser peligrosos para la ganadería, la fauna silvestre o la población humana.

2. La inmovilización y aislamiento afectará a los animales enfermos, sospechosos e incluso sanos de la explotación, y se realizará bajo control oficial y supervisión del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

3. En los casos en que sea necesario, el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá ordenar el traslado de los animales que puedan ser receptivos a la enfermedad, de las zonas consideradas o susceptibles de considerarse de alto riesgo.

Sección 4.ª Declaración oficial de existencia y extinción de enfermedades

Artículo 15. *Declaración oficial de la enfermedad.*

1. Diagnosticada alguna enfermedad de declaración obligatoria o bien alguna otra que por su gran poder difusivo o intensidad de presentación así lo aconseje, el Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación realizará la declaración oficial de su existencia mediante Orden Foral, que se publicará en el Boletín Oficial de Navarra, y dará traslado de la misma a la Administración del Estado, a los efectos que procedan.

2. La declaración oficial contendrá los datos correspondientes a la denominación de la enfermedad, localización del foco y delimitación de las zonas de influencia de aquélla, así como las medidas que en cada una de ellas se impongan.

Artículo 16. *Extinción oficial de la enfermedad.*

La declaración oficial de extinción de la enfermedad se ordenará por el Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación conforme al mismo procedimiento que declaró su existencia, una vez transcurrido el tiempo que en cada caso se determine a partir de la última muerte o curación. La extinción podrá llevar consigo el establecimiento de las medidas precautorias que la epizootiología veterinaria aconseje.

Sección 5.ª Acciones sanitarias de prevención y tratamiento

Artículo 17. *Establecimiento de campañas de vacunación y tratamiento.*

1. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá ordenar campañas de tratamientos sanitarios o de vacunación obligatoria para producir anillos inmunitarios y cordones sanitarios que impidan la difusión de la enfermedad y permitan la defensa sanitaria de los animales de los territorios limítrofes.

2. Igualmente, el Departamento podrá prohibir la realización de vacunaciones en todo o parte del territorio de la Comunidad Foral de Navarra cuando se considere suficiente el nivel

de control de una enfermedad, se produzcan problemas de diagnóstico postvacunal o para alcanzar la calificación sanitaria frente a una enfermedad.

Artículo 18. *Regulación de vacunaciones y tratamientos voluntarios.*

1. Los titulares de explotaciones ganaderas podrán prevenir libremente cualquier enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, con el debido control de un técnico competente, que quedará obligado a realizar la correspondiente comunicación sobre las actuaciones practicadas ante el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación en la forma y tiempo que en cada caso se determine.

2. En los casos en que así se establezca, para la realización de las actividades reguladas en el apartado anterior, será necesaria la autorización previa del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

Sección 6.ª Movimiento, trashumancia y transporte de animales

Artículo 19. *Documentación para el traslado. Guía de origen y sanidad.*

1. Para el transporte y circulación de animales, por cualquier medio que sea, fuera del ámbito geográfico que se determine y en el que se encuentre localizada la explotación ganadera, será preciso obtener la guía de origen y sanidad, facilitada por los servicios veterinarios oficiales o habilitados del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación. Esta guía acreditará que el ganado cumple la normativa sanitaria vigente para el traslado de animales y que no existe declarada ninguna epizootia en el mencionado ámbito geográfico de origen que impida su libre tránsito.

2. La documentación prevista en el número anterior será obligatoria cuando los animales sean conducidos a otra explotación, a pastos de aprovechamiento común, al matadero o bien a un recinto donde vaya a celebrarse una feria, un concurso o cualquier otro certamen con presencia de animales vivos.

Artículo 20. *Documento simplificado y alternativo a la guía de origen y sanidad.*

1. En lugar de la guía de origen y sanidad, podrá autorizarse mediante Orden Foral del Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación, la utilización, dentro del territorio de la Comunidad Foral de Navarra, de un documento sanitario para el traslado de los animales que se determinen, con destino a reproducción, vida, matadero, cebadero, con fines deportivos, de ocio o de trabajo, cumplimentado por los ganaderos o sus representantes, cuando las garantías sanitarias de la explotación, zona o conjunto del territorio foral lo permitan.

2. Estos documentos tendrán una validez de cuarenta y ocho horas, desde la fecha de expedición. La copia de estos documentos deberá enviarse a la dependencia del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación que se fije, en el plazo máximo de siete días de haberse realizado el movimiento, para el seguimiento de dicho movimiento y llevar a cabo las inspecciones correspondientes.

3. Los documentos se formalizarán en su totalidad por el titular o representante de la explotación, quien asumirá toda la responsabilidad sobre ellos.

4. No serán válidos aquellos documentos cumplimentados parcialmente o que no se correspondan con lo establecido en esta Ley Foral o en la norma de desarrollo correspondiente.

5. Los documentos a que se refiere este artículo no podrán amparar, en ningún caso, el traslado de animales enfermos o diagnosticados como positivos en las campañas oficiales de saneamiento.

6. No se expedirán documentos de traslado de animales a los titulares de explotaciones de compraventa, ni a las personas físicas o jurídicas dedicadas al comercio de animales sin vinculación fija con su producción.

7. En los casos en que se especifique, el receptor de los animales deberá presentar en el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación una copia del documento de traslado en el plazo máximo de siete días desde la entrada de los animales en su explotación.

8. Cuando se declare en una zona una enfermedad infectocontagiosa o parasitaria difusible, o cuando las circunstancias epizootiológicas lo aconsejen, podrá suspenderse y prohibirse por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación la utilización de estos documentos y será necesaria la visita de inspección de los servicios veterinarios, quienes decidirán sobre la procedencia del traslado y, en caso afirmativo, expedirán la guía de origen y sanidad.

Artículo 21. *Deber de colaboración con los servicios veterinarios.*

Todas las personas, tanto físicas como jurídicas, relacionadas con el origen, transporte y destino de los animales trasladados, quedan obligadas a prestar la colaboración que les sea requerida por los servicios veterinarios oficiales en sus labores de control e inspección.

Artículo 22. *Animales indocumentados.*

1. Se considerarán indocumentados y, por tanto, sospechosos de padecer enfermedad infectocontagiosa o parasitaria difusible, aquellos animales que se trasladen sin la documentación sanitaria preceptiva.
2. Igualmente, se considerarán indocumentadas aquellas partidas que se trasladen a un destino diferente del que figura en el documento sanitario.
3. Tendrán también la consideración de indocumentados aquellos animales que no vayan identificados con arreglo a la legislación vigente.

Artículo 23. *Detención, aislamiento y observación de animales indocumentados.*

1. Los animales indocumentados serán retenidos y, en su caso, aislados como sospechosos de padecer enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, en los términos expuestos en esta Ley Foral, pudiendo reanudar el trayecto, ser reexpedidos a su origen, enviados a matadero, proceder al sacrificio »in situ» o bien inmovilizarlos en una explotación o lazareto que determine la autoridad competente, una vez sea expedida la correspondiente documentación.
2. Los gastos ocasionados por este proceso de aislamiento y observación correrán por cuenta del dueño de los animales o del responsable de los mismos en el momento de su detención.

Artículo 24. *Vehículos de transporte.*

1. Los vehículos destinados al transporte de animales deberán estar inscritos en el Registro del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, creado a tal fin.
2. Los vehículos destinados al transporte deberán llevar la tarjeta de autorización y un libro de transporte, debiendo figurar en este último, al menos, la identificación del ganado transportado que sea de aplicación, origen, destino y fecha en que se realice el transporte.
3. Estos vehículos deberán ser desinfectados y, si procede, desinsectados en la forma que se determine reglamentariamente, antes y después del transporte de cada partida de ganado, lo que deberá justificarse documentalmente. La desinfección evitará en todo caso la contaminación de las aguas y del medio ambiente.
4. Mediante Orden Foral el Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá establecer un régimen simplificado de transporte, aplicable a los propietarios de ganado que trasladen en un vehículo de su propiedad su propio ganado en número igual o inferior al que se fije, dentro del ámbito territorial de la Comunidad Foral de Navarra. En todo caso, habrán de garantizarse las normas mínimas sobre bienestar de los animales y de limpieza y desinfección del vehículo.

Sección 7.ª Certámenes ganaderos

Artículo 25. *Autorización y medidas preventivas.*

La celebración de los certámenes ganaderos que especifique el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación deberá contar con la autorización de éste, solicitada a

instancia del Municipio o de los Organismos o Entidades organizadoras, en los términos que se determinen reglamentariamente.

Sección 8.ª Tratamiento de cadáveres

Artículo 26. *Destrucción de cadáveres.*

1. Los propietarios o tenedores de los animales muertos por cualquier causa están obligados a la destrucción higiénica de los cadáveres en los lugares y mediante los sistemas previstos en la normativa vigente en cada momento, quedando prohibido el abandono de animales muertos o moribundos en cualquier otro lugar, sin perjuicio de la utilización de buitreras o muladares autorizados al efecto, en las condiciones que en cada caso se establezcan. La Administración realizará el seguimiento sanitario de las buitreras o muladares autorizados.

2. No podrán utilizarse cadáveres de animales o sus partes para la elaboración de subproductos animales destinados a la alimentación de otros animales, incluidos los de compañía, quedando su uso y aprovechamiento prohibidos, salvo las excepciones permitidas por las normativas comunitaria y nacional básica vigentes.

La utilización de proteínas animales transformadas para la elaboración de alimentos destinados al consumo animal se sujetará a las normas sanitarias comunitaria y nacional básica.

En todo caso, los cadáveres, y las proteínas derivadas de éstos, de animales que no hayan sido sacrificados para el consumo humano, no podrán utilizarse para la elaboración de cualquier tipo de subproducto ni para la alimentación de otros animales, incluidos los de compañía, quedando su uso y aprovechamiento totalmente prohibido, salvo como combustible.

3. La Administración de la Comunidad Foral de Navarra organizará y financiará los planes de recogida de cadáveres de animales muertos en las explotaciones de la Comunidad, tanto con motivo de vaciados sanitarios requeridos por sus técnicos, como ante muertes ocasionadas con motivo de enfermedades de especial transcendencia.

Sección 9.ª Acciones sanitarias complementarias

Artículo 27. *Condiciones de explotación de los animales.*

El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación velará, a través de las medidas que en cada caso se prevean, que las condiciones de explotación de los animales, de los alojamientos, medios y servicios que el ganado utilice, sean adecuados desde el punto de vista sanitario, fisiológico, etológico y del bienestar de los animales.

Artículo 28. *Distancia y capacidad productiva máxima.*

1. Como medida preventiva para evitar la difusión de enfermedades y la repercusión de las mismas, las explotaciones ganaderas mantendrán entre sí y, recíprocamente, con las instalaciones destinadas a concentraciones ganaderas y actividades agroindustriales de tipo ganadero o relacionadas, las distancias que se establezcan reglamentariamente. Para la fijación de estas distancias se tendrán en cuenta las circunstancias geográficas y las características de las especies ganaderas, capacidad productiva máxima, carácter intensivo o extensivo de la explotación y riesgo epidemiológico.

2. Se establecen unas capacidades productivas máximas ganaderas, de forma que las explotaciones nuevas o las ampliaciones de las existentes no podrán superar los tamaños máximos que se establecen en el anexo 1 de la presente ley foral.

3. La capacidad máxima productiva reseñada en el anexo I será de aplicación tanto para las explotaciones de nueva instalación como en el caso de ampliación de explotaciones existentes sin que, en ningún caso, se puedan realizar modificaciones de instalaciones o cambios de orientación productiva que supongan aumento de la capacidad máxima.

Artículo 29. *Densidad ganadera.*

Cuando las circunstancias epidemiológicas así lo exijan, el Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá establecer, mediante Orden Foral que se publicará en el Boletín de Navarra, la densidad ganadera máxima que debe ser respetada en una zona determinada.

Artículo 30. *Acceso a pastos de aprovechamiento común.*

1. Sólo podrá acceder a los pastos de aprovechamiento común el ganado que cumpla las siguientes condiciones:

a) Proceder de explotaciones calificadas sanitariamente en el caso de especies sometidas a campañas oficiales de saneamiento ganadero como consecuencia de programas de erradicación de las enfermedades de los animales, o de aquellas otras explotaciones que cumplan los requisitos sanitarios que se determinen reglamentariamente.
b) No presentar síntomas de enfermedad infectocontagiosa o parasitaria difusible.
c) Estar identificados según lo dispuesto en esta Ley Foral.

2. El pasturaje del ganado porcino se someterá a autorización administrativa previa del Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación, en los términos que se establezcan reglamentariamente.

Artículo 31. *Desinfección, desparasitación y prácticas similares.*

1. La desinfección, desinsectación, desparasitación, desratización y prácticas similares, según proceda, de los lugares, utensilios o materias que constituyan estancia, medio de transporte o, simplemente, que estén en contacto con animales, deberán ser realizadas obligatoria y periódicamente en los planes de lucha zoosanitaria y como práctica habitual de ganaderos y tratantes, utilizando los productos cuya comercialización esté autorizada, todo ello bajo la supervisión de los servicios veterinarios del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación o habilitados por el mismo, sin perjuicio de la supervisión del Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda en el ámbito de sus competencias para la protección del medio ambiente.
2. En los locales y terrenos donde se celebren certámenes ganaderos, los organizadores realizarán las prácticas de limpieza, desinfección y desinsectación antes, durante y después de su uso, con los productos adecuados en cada caso.

Artículo 32. *Acciones complementarias en extinción de focos.*

1. Extinguido oficialmente un foco de cualquier enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, se procederá, bajo la supervisión de un veterinario oficial o habilitado por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación y, en su caso, de un técnico del Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda, a una rigurosa limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de los lugares que hubiesen servido de alojamiento de los utensilios o materiales que hubiesen estado en contacto con los animales infectados.
2. Asimismo, extinguido oficialmente el foco, la reposición de animales en la explotación sólo podrá llevarse a cabo en el momento y con las condiciones que determine el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, atendiendo al tipo de enfermedad que hubiera existido.

CAPÍTULO V

Acciones sanitarias de carácter especial

Sección 1.ª Programas de control y erradicación de enfermedades

Artículo 33. *Concepto.*

1. A los efectos de esta Ley Foral, se consideran programas de control y erradicación de enfermedades, las acciones sanitarias de carácter especial y obligatorias en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra, en cuyo desarrollo se apliquen técnicas específicas de epizootiología veterinaria orientadas al control y, en su caso, erradicación de aquellos procesos patológicos de los animales que presenten una elevada prevalencia en la población animal o humana, o que comprometan o puedan comprometer la viabilidad económica de las explotaciones ganaderas.

2. Los programas de control y erradicación de enfermedades se establecerán mediante Orden Foral del Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación, que se publicará en el «Boletín Oficial de Navarra», y de la que se dará información a través de los diarios editados en la Comunidad Foral de Navarra.

Artículo 34. *Programas especiales de acción sanitaria.*

1. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá realizar Programas Especiales de Acción Sanitaria en áreas concretas y específicas de Navarra, cuando en ellas se presenten las necesidades sanitarias previstas en el apartado primero del artículo anterior.

2. Los programas especiales de acción sanitaria serán obligatorios para las explotaciones ganaderas radicadas en el área para la que se establezcan.

Artículo 35. *Garantías sanitarias.*

1. Todo titular de animales, operador comercial o responsable de animales, quedará obligado al cumplimiento de las medidas previstas en esta Ley Foral respecto de los programas de control y erradicación de enfermedades que se instrumenten por la Administración y en los términos en que aquéllas se acuerden.

2. Se prohíbe el movimiento de animales fuera de la explotación donde se encuentren cuando estén sometidos a programas de control y erradicación de enfermedades durante el proceso de diagnóstico, salvo autorización expresa del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

Artículo 36. *Autorización de técnicos.*

El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá autorizar técnicos competentes para la realización de los programas de control y erradicación de enfermedades, quienes quedarán obligados a comunicar las actuaciones practicadas en el tiempo y forma que se determine.

Artículo 37. *Declaración de explotaciones ganaderas calificadas sanitariamente.*

1. Como consecuencia del desarrollo y aplicación de los programas de erradicación y control de enfermedades, obligatorias o no, el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá declarar una explotación ganadera como «calificada sanitariamente».

2. La concesión se realizará de oficio o previa solicitud del titular de la explotación, una vez efectuadas las oportunas comprobaciones sanitarias que se prevean, quedando en suspenso cuando sea constatada la aparición de alguna enfermedad infectocontagiosa o parasitaria o cuando se incumpla alguna de las condiciones establecidas para su calificación hasta una vez extinguida totalmente.

Artículo 38. *Reposición de ganado en explotaciones calificadas sanitariamente.*

1. La reposición de animales en explotaciones calificadas sanitariamente o en proceso de calificación, se realizará, en todo caso, con animales procedentes de explotaciones calificadas como oficialmente indemnes o indemnes, de acuerdo con la explotación de destino. Los animales objeto de reposición deberán haber sido analizados en los plazos indicados para cada una de las enfermedades.

2. Todos los animales de reposición estarán obligados a una estancia de cuarentena durante la cual se procederá a su observación y analítica correspondiente.

Sección 2.ª Sacrificio obligatorio

Artículo 39. *Ordenación.*

1. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá ordenar el sacrificio de los animales para controlar las enfermedades que les afecten, teniendo en cuenta la gravedad y poder de difusión de éstas.

En la orden de sacrificio se comunicarán al interesado el diagnóstico de la enfermedad y, en su caso, los consejos o criterios de actuación futura ante la situación generada.

El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá ordenar del mismo modo la realización del vacío sanitario de una explotación cuando las circunstancias así lo aconsejen, lo cual será determinado por una posterior reglamentación. Asimismo, se arbitrarán ayudas a la renta del ganadero mientras dure la paralización de la actividad de la explotación.

2. El sacrificio que se declare obligatorio por la autoridad competente deberá llevar consigo la correspondiente indemnización, de acuerdo con la normativa y baremos vigentes. Se indemnizará como máximo por el número de plazas, UGM o animales establecido en el anexo I.

3. Si dentro del plazo establecido al efecto, los propietarios no procedieran al sacrificio de los animales afectados, éste podrá realizarse por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, siendo a costa del propietario los gastos que se generen por tal concepto.

4. El sacrificio declarado obligatorio deberá realizarse en los lugares, establecimientos y período que fije el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

5. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación establecerá los incentivos necesarios para favorecer la reposición del ganado sacrificado obligatoriamente.

Artículo 40. *Exclusiones a la percepción de indemnizaciones.*

Los propietarios no percibirán indemnización alguna por los animales obligatoriamente sacrificados en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando no figure inscrita la explotación ganadera en el Registro de Explotaciones Agrarias de Navarra o no se hubiera solicitado la inscripción.

2. Cuando no posean el libro de explotación ganadera o éste no se encuentre actualizado en los tres últimos meses anteriores al diagnóstico, en el caso de especies animales para las que sea preceptivo.

3. Cuando no hayan comunicado inmediatamente la existencia de una enfermedad de declaración obligatoria al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

4. Cuando su conducta, por acción u omisión, hubiera ocasionado la difusión de la enfermedad o hubiera podido contribuir a ello.

5. Cuando hubiera existido negativa a la inspección en su explotación o de sus instalaciones.

6. Cuando se aprecie una deficiente higiene y desinfección de la explotación o de sus instalaciones.

7. Por incumplimiento o no seguimiento de las normas sobre sanidad animal o de las medidas cautelares o definitivas, impuestas por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

8. Cuando existan muestras de manipulación en la documentación sanitaria o marcas de identificación.

9. Cuando exista evidencia de cualquier manipulación que pueda alterar la fiabilidad de los resultados en las diferentes pruebas de diagnóstico.

10. Cuando los animales mueran antes de la fecha en que la Administración tenga conocimiento de la enfermedad, salvo que se acredite una relación directa e inmediata de las muertes acontecidas con anterioridad a dicha enfermedad.

11. Cuando hayan adquirido los animales ya enfermos o procedentes de zonas infectadas o de explotaciones de inferior calificación sanitaria.

12. Cuando aparezcan en la explotación sin identificar animales de identificación obligatoria, no existiendo causa justificada para ello.

13. Cuando hayan vendido o adquirido animales quebrantando las medidas cautelares de inmovilización adoptadas.

14. En los casos en que hayan incorporado a la explotación algún animal sin las garantías sanitarias dispuestas en esta Ley Foral o en su normativa de desarrollo, se desconozca su origen o carezca de acreditación sanitaria suficiente.

15. En los supuestos de aparición en la explotación de animales que, perteneciendo a la misma, no fueron investigados en el momento en que se realizó el saneamiento en fases anteriores, por causas imputables al titular.

16. Cuando el sacrificio no se haya realizado dentro de los plazos establecidos.

17. Cuando el sacrificio se lleve a cabo en los lugares o establecimientos no autorizados.

Sección 3.ª Agrupaciones de defensa sanitaria ganadera

Artículo 41. *Definición y ayudas.*

1. Son agrupaciones de defensa sanitaria ganadera las asociaciones dotadas de personalidad jurídica propia, constituidas por ganaderos para la elevación del nivel sanitario-zootécnico de sus explotaciones mediante el establecimiento y ejecución de programas de profilaxis, lucha contra las enfermedades animales y mejora de sus condiciones higiénicas, que permitan mejorar el nivel productivo y sanitario de sus productos.

2. Cada agrupación de defensa sanitaria ganadera se considerará como una unidad tanto a efectos del desarrollo del programa sanitario como, en su caso, de las subvenciones públicas que pudieran corresponderle.

3. El reconocimiento de cada agrupación de defensa sanitaria ganadera corresponde al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, conforme a los requisitos que se establezcan reglamentariamente.

4. Todas las agrupaciones que se reconozcan por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación se inscribirán en el Registro de Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganadera existente en dicho Departamento. Asimismo, se inscribirán en este Registro las modificaciones sustanciales y, en su caso, la extinción de las reconocidas.

5. Las agrupaciones de defensa sanitaria ganadera, tras su reconocimiento, quedan obligadas a colaborar activamente en la organización, control y ejecución de las medidas sanitarias para la prevención y lucha contra las enfermedades animales, así como a realizar entre sus asociados las campañas de divulgación que se establezcan.

6. El incumplimiento de las condiciones determinantes del reconocimiento de las agrupaciones de defensa sanitaria ganadera o del programa sanitario aprobado, podrá dar lugar, en su caso, a la extinción de su reconocimiento a los efectos de esta Ley Foral.

7. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá conceder ayudas a las agrupaciones de defensa sanitaria ganaderas reconocidas, dentro de las disponibilidades presupuestarias.

CAPÍTULO VI

Control de medicamentos veterinarios y sustancias en producción animal

Artículo 42. *Prescripción obligatoria de medicamentos veterinarios.*

Únicamente podrán utilizarse medicamentos de uso veterinario en animales destinados al consumo humano en virtud de receta prescrita por un facultativo veterinario.

Artículo 43. *Reglamentación de los medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.*

1. El Gobierno de Navarra, sin perjuicio de las competencias del Estado en la materia, regulará las condiciones de preparación, posesión, tenencia, utilización, almacenamiento, distribución, prescripción y dispensación de los medicamentos veterinarios.

2. También podrá regular el régimen de autorización, elaboración, comercio, distribución, prescripción y dispensación de los piensos medicamentosos, así como de los aditivos de incorporación a los alimentos de los animales.

Artículo 44. *Registro de establecimientos.*

1. Los establecimientos radicados en Navarra en los que se elaboren, distribuyan, mezclen, almacenen o dispensen medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos, deberán inscribirse en el Registro Oficial de Establecimientos, dependiente del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación. Se excluyen de este Registro las oficinas de farmacia, que se regularán por su normativa específica.

2. El acto por el que se resuelva la inclusión en el Registro supondrá, sin perjuicio de cuantas autorizaciones administrativas sean necesarias para el ejercicio de la actividad, la autorización para el funcionamiento de acuerdo con la normativa específica que lo regule, así como la aprobación del programa zoosanitario en el caso de las entidades ganaderas.

Artículo 45. *Elaboración, distribución, prescripción, dispensación y uso del medicamento veterinario.*

Reglamentariamente se regularán por el Gobierno de Navarra:

a) Las condiciones para la previa autorización de los locales e instalaciones de los establecimientos elaboradores de autovacunas y su inscripción en el Registro oficial de establecimientos.

b) Las condiciones que deben cumplir los establecimientos elaboradores de piensos medicamentosos.

c) La distribución de medicamentos veterinarios, especificando las condiciones que deben cumplir los almacenes mayoristas y los supuestos en que se requiera la presencia y actuación profesional de un director técnico farmacéutico.

d) La dispensación de medicamentos veterinarios por establecimientos autorizados y las condiciones y obligaciones que deben cumplir estos establecimientos.

e) Los registros detallados de todas las transacciones relativas a sustancias activas que puedan ser utilizadas por productores y distribuidores autorizados en la fabricación de medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.

f) La prescripción, mediante receta, por veterinarios legalmente capacitados para el ejercicio clínico de medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos que estén sometidos a tal exigencia, así como las obligaciones del prescriptor, del ganadero y de los establecimientos dispensadores.

g) La aplicación y uso de medicamentos veterinarios.

h) La autorización de ensayos clínicos veterinarios por el Departamento de Salud.

Artículo 46. *Libro de tratamientos medicamentosos.*

Toda explotación ganadera deberá disponer y llevar actualizado su respectivo libro de tratamientos medicamentosos, expedido por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, en el que se especificarán por el titular los animales objeto de tratamiento, el producto empleado, la fecha de inicio y final del tratamiento y la identificación del proveedor del producto. Asimismo, el veterinario anotará en dicho libro las características básicas del tratamiento dispensado y el período de supresión del producto aplicado al animal.

CAPÍTULO VII

Inspecciones sanitarias

Artículo 47. *Competencias.*

Corresponde al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación la realización de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley Foral.

Artículo 48. *Competencias de los inspectores sanitarios.*

1. El personal que al servicio del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación ejerza las funciones de inspección previstas en esta Ley Foral tendrá el carácter de agente de la autoridad y podrá:

a) Tener acceso a propiedades rurales, montes y espacios naturales; explotaciones ganaderas; locales de producción, almacenamiento, procesado, manipulación, conservación y comercialización de animales y productos animales y a sus medios de transporte, así como a los de producción, almacenamiento y comercialización de productos y material sanitario animal.

b) Proceder a la retención de productos o mercancías que hayan constituido materia de infracción a esta Ley Foral.

c) Tomar las muestras mínimas necesarias, con cargo al tenedor de las mismas, para su examen o análisis más detallado en centros especializados.

d) Exigir la información establecida y la presentación de documentos comprobatorios.

e) Ordenar la inmovilización y, en su caso, la destrucción de un lote o envío de animales, productos animales u otros materiales, cuando exista sospecha fundada o evidencia de estar infestado por una enfermedad animal.

f) Adoptar otras medidas preventivas o cautelares que sean inherentes al ejercicio de su función.

2. Si como consecuencia de la inspección, se estimara por el inspector actuante que existe un grave e inmediato riesgo para la sanidad animal, deberá proceder a la intervención e inmovilización de los animales, sus productos, productos sanitarios y otros materiales y medios de transporte, pudiendo llegar al cierre de instalaciones, dando cuenta inmediata al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación para decidir sobre el mantenimiento de dichas medidas.

Artículo 49. *Presunciones.*

1. Los hechos recogidos en las actas de inspección se presumirán ciertos, salvo que se pruebe lo contrario por cualquiera de los medios reconocidos en Derecho.

2. La ausencia total o parcial de la documentación exigible o su incorrecto cumplimiento, cuando afecte fundamentalmente a la determinación de los hechos imputados o a la calificación de los mismos, se estimará como presunción de infracción, salvo que se pruebe lo contrario.

Artículo 50. *Obligaciones de los inspeccionados.*

Las personas físicas o jurídicas a quienes se practique una inspección estarán obligadas a:

a) Suministrar toda clase de información sobre instalaciones, productos o servicios, permitiendo su comprobación por los inspectores.

b) Facilitar que se obtenga copia o reproducción de la referida documentación.

c) Permitir que se practique la oportuna prueba, o toma de muestras gratuita de los productos o mercancías en las cantidades estrictamente necesarias.

d) Y, en general, a consentir la realización de la inspección y dar toda clase de facilidades para ello.

CAPÍTULO VIII

Régimen sancionador

Artículo 51. *Infracciones a la sanidad animal.*

Constituyen infracciones a la sanidad animal y generarán responsabilidades administrativas las acciones u omisiones que infrinjan lo establecido en esta Ley Foral, sin perjuicio de las responsabilidades exigibles en vía penal, civil o de otro orden en que pudieran incurrir los responsables.

Artículo 52. *Responsables.*

Serán responsables de las infracciones tipificadas en esta Ley Foral:

a) Los titulares o responsables de la explotación, así como el propietario del ganado, en el caso de incumplimiento de obligaciones formales, tales como autorizaciones administrativas preceptivas, registro, libros, documentación, etc.
b) El conductor del vehículo o el transportista, en el caso de contravenciones que se observen en la realización del transporte, sin perjuicio de la responsabilidad del propietario del vehículo.
c) El titular de la autorización de puesta en el mercado, en el caso de infracciones en productos autorizados como medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos.
d) El tenedor de los productos, en el caso de las infracciones en productos que no estén legalmente reconocidos.
e) Los operadores o comerciantes, mayoristas o distribuidores o compradores, en el caso de comercio de animales.
f) En los demás casos, los autores materiales de las infracciones.

2. Cuando la infracción sea imputada a una persona jurídica, podrán ser considerados como responsables las personas que integren sus organismos rectores o de dirección, así como, en su caso, los técnicos responsables del cuidado sanitario o, en el caso de productos farmacológicos o biológicos, de su control e incluso de su elaboración.

Artículo 53. *Clasificación.*

A los efectos de esta Ley Foral, las infracciones a la sanidad animal se clasifican en leves, graves y muy graves.

Artículo 54. *Infracciones leves.*

Son infracciones leves:

1. El incumplimiento por el titular de la explotación ganadera de las condiciones higiénicos-sanitarias previstas para la misma en esta Ley Foral y demás disposiciones vigentes o de desarrollo, cuando no exista riesgo de enfermedad para la sanidad animal.
2. La realización de actividades propias del ganadero o la compraventa de animales vivos, sin estar en posesión del correspondiente Libro de Explotación Ganadera o cuando éste no se encuentre debidamente actualizado.
3. El incumplimiento en la remisión, dentro de los plazos marcados, de la documentación o de los datos que sean preceptivos, o su presentación con datos incompletos, una vez advertidos del defecto, no habiendo sido subsanado en el plazo concedido para ello.
4. Las deficiencias en talonarios o matrices de factura de venta, facturas de compra, registros o cuantos documentos obliguen a llevar las disposiciones vigentes, siempre que se trate de defectos que no induzcan a errores en la inspección.
5. El ofrecimiento directo o indirecto de cualquier tipo de incentivo, primas u obsequios, por parte de quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y comercialización de medicamentos veterinarios, a los profesionales implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración, o a sus parientes y personas de su convivencia y, en su caso, ganaderos.
6. La tenencia sin copia de la receta en las explotaciones ganaderas de medicamentos veterinarios o sustancias medicamentosas.

7. Las acciones u omisiones siguientes, cuando se realicen sin que exista declaración oficial de enfermedad o no se hayan adoptado oficialmente las medidas especiales a las que estén sujetas por su riesgo epizootiológico o en casos de ausencia de acciones sanitarias de carácter especial y siempre en relación con las especies animales afectadas:

a) La falta de colaboración con los servicios veterinarios en el control de las condiciones higiénicas de los alojamientos, explotación, cuidado y manejo de los mismos y, en su caso, la no ejecución de las medidas que con este objeto estén establecidas o puedan establecerse.

b) El abandono de los animales vivos, o la falta de vigilancia y control sobre los mismos.

c) El abandono de animales muertos, sus productos o materias primas que no entrañen peligro de difusión de enfermedades, o no sean nocivos para la sanidad animal.

d) La circulación y transporte de animales vivos con destino a matadero sin las garantías sanitarias o sin la documentación administrativa legalmente exigida.

e) El incumplimiento de las obligaciones referidas a la identificación de animales establecidas en esta Ley Foral cuando no esté sancionada la infracción como grave o muy grave.

f) La inobservancia de las condiciones impuestas para garantizar la higiene en la circulación y transporte de ganado, así como el incumplimiento de la obligación de inscripción de los vehículos dedicados al transporte de animales en el Registro administrativo correspondiente.

8. La no expedición de documentos o la omisión de los registros que fueran preceptivos, o su existencia sin cumplimentar los datos que fueran esenciales para comprobar el cumplimiento de las normas en materia de sanidad animal.

9. La omisión de inscripción en los registros en que sea preceptivo.

10. Exceder durante un tiempo superior a tres meses entre el 2,5 % y el 4,99 % la capacidad productiva máxima establecida en el anexo l. En el caso de explotaciones ganaderas autorizadas con una capacidad mayor a la máxima establecida en el anexo I este porcentaje se aplicará sobre la que corresponda según la Autorización Ambiental que posea la explotación ganadera.

Artículo 55. *Infracciones graves.*

1. El incumplimiento por el titular de la explotación ganadera de las condiciones higiénico-sanitarias previstas para la misma en esta Ley Foral y demás disposiciones vigentes o de desarrollo, cuando exista riesgo de enfermedad para la sanidad animal.

2. La negativa o resistencia a colaborar, suministrar datos o facilitar información requerida por las autoridades competentes o sus agentes y servicios técnicos, en orden al cumplimiento de esta Ley Foral, así como el suministro de información inexacta.

3. El incumplimiento por parte de los laboratorios y centros de diagnóstico de las obligaciones derivadas de esta Ley Foral, así como la negligencia comprobada de los servicios veterinarios.

4. La negativa o resistencia de los responsables de mataderos a que los servicios del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación realicen las comprobaciones necesarias para el mejor cumplimiento de sus funciones.

5. La no realización, negligencia, resistencia o falta de colaboración en la adopción de las medidas que imponga el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación para:

Extinguir cualquier foco epizoótico;

Prevenir su aparición, o

Asegurar la eliminación por los animales de fármacos, productos o sustancias de uso no autorizado que hubieran sido aplicados a los mismos, así como sus envases.

6. El incumplimiento de las medidas adoptadas por la Administración respecto a las explotaciones sometidas a la investigación o ante la presencia de residuos en los animales o productos.

7. La ocultación o falta de comunicación de casos de enfermedades que estén consideradas de declaración o notificación obligatoria.

8. La negligencia por parte de los técnicos responsables de las explotaciones animales o actividades relacionadas en la declaración de enfermedades o en la adopción de las medidas zoosanitarias preceptivas.

9. La concurrencia a abrevaderos o pastizales de aprovechamiento común de animales enfermos o procedentes de explotaciones no saneadas en relación con las enfermedades objeto de programas de control y erradicación.

10. La presencia en pastos de aprovechamiento común de ganado que no cumpla las condiciones establecidas en esta Ley Foral para el pastoreo.

11. La incorporación a explotaciones saneadas o en proceso de saneamiento de animales enfermos o sospechosos, sin la debida documentación acreditativa de su adecuado estado sanitario o procedentes de explotaciones no indemnes o sin haberlos sometidos a las condiciones impuestas por la normativa sanitaria.

12. La negativa, resistencia o falta de colaboración en la realización del sacrificio obligatorio de animales en el tiempo y forma establecidos.

13. La expedición de documentación sanitaria para el movimiento de animales cuando se hallasen enfermos o sospechosos de estarlo, o bien estuvieran localizados en zonas sometidas a prohibición de movimiento de animales.

14. Las acciones u omisiones consideradas en el número 7 del artículo anterior, siempre que se realicen cuando exista declaración oficial de enfermedad, cuando se hayan adoptado oficialmente las medidas especiales a las que estén sujetas, por su riesgo epizootiológico, las enfermedades que se especifique, o en presencia de acciones sanitarias de carácter especial y siempre en relación con las especies animales afectadas.

15. El abandono de animales o sus cadáveres, productos o materias primas cuando entrañe riesgo o peligro de difusión de enfermedades para la ganadería.

16. El suministro de medicamentos veterinarios o piensos medicamentosos a animales destinados al consumo humano sin la preceptiva prescripción veterinaria.

17. La actuación de los profesionales veterinarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración, siempre que estén en ejercicio, con las funciones de delegados de visita veterinaria, representantes, comisionista o agentes informadores de los laboratorios de medicamentos veterinarios.

18. La venta a domicilio, la venta ambulante, la venta mediante catálogo, por correo, o por sistemas informáticos o telemáticos, de medicamentos veterinarios, sin perjuicio del reparto, distribución o suministro a entidades legalmente autorizadas para dispensación al público.

19. La publicidad de fórmulas magistrales con destino a los animales o autovacunas de uso veterinario.

20. La falta de notificación de la aparición de cualquier enfermedad infectocontagiosa o parasitaria de declaración obligatoria.

21. La no realización, resistencia o falta de colaboración en el cumplimiento de las medidas ordenadas para controlar o evitar la difusión de cualquier enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, o para la realización de campañas de tratamientos sanitarios o de vacunación obligatoria.

22. La realización de vacunaciones sin el preceptivo control veterinario o la falta de la comunicación de las actuaciones practicadas por parte de los veterinarios actuantes al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

23. La realización de vacunaciones u otro tipo de tratamientos preventivos por cualquier persona, sea o no facultativo, sin autorización previa de los servicios veterinarios, cuando así se disponga.

24. La circulación y transporte de animales vivos con destino distinto al matadero, así como productos, materias primas y aquellos otros relacionados, sin las garantías sanitarias o sin la documentación administrativa exigida.

25. Celebrar certámenes sin contar con la previa autorización del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación cuando la misma sea preceptiva.

26. La no realización o falta de colaboración en las tareas de desinfección, desparasitación y prácticas similares que el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación haya establecido.

27. El sacrificio de los animales afectados o sospechosos de enfermedad infectocontagiosa o parasitaria sin la autorización correspondiente.

28. La dispensación de medicamentos veterinarios en los establecimientos autorizados sin la actuación profesional del facultativo responsable del mismo.

29. Exceder durante un tiempo superior a tres meses entre el 5 % y el 9,99 % la capacidad productiva máxima establecida en el anexo l. En el caso de explotaciones ganaderas autorizadas con una capacidad mayor a la máxima establecida en el anexo I este porcentaje se aplicará sobre la que corresponda según la Autorización Ambiental que posea la explotación ganadera.

Artículo 56. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves:

1. La manipulación, alteración, eliminación o falsificación en las señales y marcas de identificación individual de los animales establecidas reglamentariamente.

2. La administración a los animales por cualquier persona, sea o no facultativo, de cualquier sustancia con el objeto de falsear o dificultar el diagnóstico de enfermedades.

3. La aplicación de cualquier fármaco o producto no autorizado o no inscrito, así como el uso de medicamentos veterinarios incumpliendo los tiempos de espera preceptivos.

4. La tenencia, por establecimientos dispensadores, de medicamentos veterinarios, o en las explotaciones ganaderas o locales anejos, de sustancias no reconocidas oficialmente por la legislación vigente para administrar a los animales.

5. El suministro a la Administración pública de información o documentación falsas, cuando la infracción no estuviera tipificada como leve o grave.

6. La negativa por parte de los dueños o encargados de los animales a trasladarlos fuera de una zona considerada de alto riesgo cuando así se haya ordenado.

7. Toda maquinación dirigida al aprovechamiento de:

— La carne o productos obtenidos a partir de cadáveres de animales.

— Canales o vísceras decomisadas procedentes de animales sometidos a sacrificio obligatorio.

8. Las actividades de tratamiento y aprovechamiento de cadáveres y vísceras o despojos decomisados.

9. El empleo de productos no autorizados o no registrados para el control de vectores mecánicos o biológicos, reservorios bióticos, hospedadores intermediarios y parásitos o formas parasitarias.

10. La administración de cualquier sustancia o la realización de cualquier práctica o manipulación de los animales por cualquier persona, sea o no facultativo, para provocar intencionadamente falsas reacciones diagnósticas, tanto positivas como negativas, en relación con las enfermedades objeto de campañas de saneamiento ganadero o programas especiales de acción sanitaria.

11. La manipulación de documentos sanitarios.

12. La compraventa con destino a «vida» de animales enfermos o diagnosticados positivos de enfermedades objeto de programas de control y erradicación o programas especiales de acción sanitaria.

13. El transporte de cadáveres, canales, vísceras o despojos u otros productos procedentes de animales muertos por enfermedad infectocontagiosa y parasitaria, sin las garantías sanitarias y sin la autorización correspondiente.

14. Exceder durante un tiempo superior a tres meses más del 10 % la capacidad productiva máxima establecida en el anexo l. En el caso de explotaciones ganaderas autorizadas con una capacidad mayor a la máxima establecida en el anexo I este porcentaje se aplicará sobre la que corresponda según la Autorización Ambiental que posea la explotación ganadera.

Artículo 57. *Infracciones y delitos.*

1. En el supuesto de que la infracción administrativa a la normativa sobre sanidad animal pudiera ser constitutiva de delito o falta, la Administración de la Comunidad Foral de

Navarra, iniciado el expediente, pondrá los hechos en conocimiento de la jurisdicción competente.

2. Iniciado un procedimiento penal, el procedimiento administrativo sancionador se suspenderá hasta tanto haya recaído resolución firme en aquél.

3. En ningún caso podrá imponerse sanción administrativa derivada de los hechos que hubieran motivado condena en proceso penal, sin perjuicio de las que pudieren corresponder por otros hechos que no hubieran motivado la condena.

4. De no estimarse por los tribunales la existencia de responsabilidad penal, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra proseguirá la tramitación del expediente sancionador.

En tal caso, los hechos declarados probados por las resoluciones judiciales penales firmes vincularán a la Administración en el expediente sancionador.

Artículo 58. *Sanciones.*

1. Las infracciones leves se sancionarán con multa de 20.000 a 100.000 pesetas (120,2 a 601 euros); las graves, con multa de 100.000 a 1.000.000 de pesetas (601 a 6.010 euros), y las muy graves, con multa de 1.000.000 a 40.000.000 de pesetas (6.010 a 240.400 euros).

2. Las cuantías señaladas se revisarán periódicamente por el Gobierno de Navarra, teniendo en cuenta la variación de los índices de precios al consumo, precio del ganado en vida, o de sus productos sin transformación agroindustrial.

3. La cuantía de la sanción nunca podrá ser inferior al beneficio obtenido por el infractor.

4. De la cuantía de la sanción se detraerá el valor de los animales sacrificados que no hayan sido objeto de indemnización cuando ésta sea preceptiva.

5. Con independencia de las sanciones impuestas, el Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá acordar, en los casos de infracciones graves o muy graves, la supresión, cancelación o suspensión del 50 ó 100 por 100, respectivamente, de toda clase de ayudas públicas que el infractor tuviese reconocidas o solicitadas a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia de ganadería.

6. En los supuestos de infracciones calificadas como graves podrá decretarse el cierre temporal de la explotación y la inhabilitación para dirigir explotaciones o actividades relacionadas con la sanidad animal hasta un período no superior a un año. En el caso de infracciones muy graves, podrá decretarse el cierre o la inhabilitación por un período de uno a cinco años.

Artículo 59. *Indemnizaciones.*

En el supuesto de que la comisión de la infracción produzca algún tipo de quebranto a la Hacienda Foral de Navarra, el Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación fijará ejecutoriamente las indemnizaciones procedentes.

Artículo 60. *Competencia y procedimiento.*

1. La competencia para la imposición de las sanciones corresponde al Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

No obstante, éste podrá delegar el ejercicio de la competencia en el Director General competente en materia de ganadería.

2. La instrucción e imposición de sanciones por las infracciones previstas en esta Ley Foral se efectuará conforme al procedimiento administrativo sancionador que se establezca reglamentariamente.

3. El Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación, en la Orden Foral de incoación del expediente o con posterioridad, podrá adoptar, motivadamente, las medidas de carácter provisional que aseguren la eficacia de la resolución final que pudiera recaer, así como aquellas necesarias para evitar perjuicios al interés público o a terceros.

Artículo 61. *Graduación de las sanciones.*

1. En la imposición de sanciones se deberá guardar la debida adecuación entre la gravedad real del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada, considerándose especialmente los siguientes criterios para la graduación de la sanción a aplicar:

a) La intencionalidad o reiteración.

b) El daño producido o el riesgo creado a la sanidad animal, la salud pública o el medio ambiente.

c) La reincidencia, por comisión en el término de un año de más de una infracción a la sanidad animal cuando así haya sido declarado por resolución firme en la vía administrativa.

d) El cargo o función del sujeto infractor, o el mayor conocimiento de la actividad por razón de su profesión y estudios.

e) La colaboración del infractor con la Administración en el esclarecimiento de los hechos y en la restitución del bien protegido.

f) La acumulación de ilícitos en una misma conducta.

2. En el caso de reincidencia o reiteración simple en un período de dos años, el importe de la sanción que corresponda imponer se incrementará en el 50 por 100 de su cuantía, y si se reincide o reitera por dos veces o más, dentro del mismo período, el incremento será del 100 por 100.

3. Si un solo hecho constituye dos o más infracciones administrativas, se impondrá la sanción que corresponda a la de mayor gravedad, en su grado medio o máximo.

Artículo 62. *Reducción de la multa.*

La multa impuesta se reducirá en un 30 por 100 de su cuantía cuando se cumplan los siguientes requisitos:

a) Se abone el resto de la multa en el plazo máximo de un mes contado a partir del día siguiente al de la notificación de la resolución en que se imponga la sanción.

b) El infractor abone en el plazo indicado en el apartado anterior el importe total de las indemnizaciones que, en su caso, proceda abonar a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra por daños y perjuicios imputados a él.

c) El infractor muestre por escrito su conformidad con la sanción impuesta y con la indemnización que, en su caso, se le reclame y renuncie expresamente al ejercicio de toda acción de impugnación en el referido plazo.

Artículo 63. *Prescripción de las infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones a la sanidad animal prescriben: Las leves, a los seis meses; las graves, a los dos años, y las muy graves, a los tres años.

2. Estos plazos comenzarán a contarse desde el día en que la infracción se hubiera cometido o, si éste fuera desconocido, desde el momento en que hubiera podido iniciarse el procedimiento sancionador.

Se entenderá que debe incoarse el procedimiento sancionador cuando aparezcan signos externos que permitan conocer los hechos constitutivos de la infracción.

3. Interrumpirá la prescripción de la infracción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador, reanudándose el plazo de prescripción si el expediente estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.

4. En las infracciones derivadas de una actividad continuada, la fecha inicial del cómputo de la prescripción será la de finalización de la actividad o la del último acto con el que la infracción se consuma.

5. Las sanciones impuestas por infracciones leves prescribirán al año; las graves, a los dos años, y las muy graves, a los tres años. Estos plazos comenzarán a contarse desde el día siguiente a aquél en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción.

6. Interrumpirá la prescripción de la sanción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento de ejecución, volviendo a transcurrir el plazo si aquél está paralizado durante más de un mes por causa no imputable al infractor.

Artículo 64. *Publicidad de las sanciones.*

Las sanciones impuestas por infracciones graves o muy graves, una vez firmes en la vía administrativa, podrán hacerse públicas en el Boletín Oficial de Navarra. El acto de publicidad contendrá los siguientes datos: importe de la sanción, nombre del infractor o

infractores, tipificación de la infracción, localización del hecho sancionador y, en su caso, indemnización exigida.

Artículo 65. *Multas coercitivas.*

El Consejero de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá imponer, previo apercibimiento, multas coercitivas, reiteradas por lapsos mínimos de quince días hábiles, y cuya cuantía no excederá en cada caso del 20 por 100 de la multa principal, con el límite máximo de 1.00.00 de pesetas (6.010 euros) por multa coercitiva.

Artículo 66. *Medidas sin carácter de sanción.*

No tendrán carácter de sanción:

a) La clausura o cierre de empresas, instalaciones, explotaciones, locales o medios de transporte que no cuenten con las autorizaciones o registros preceptivos, o la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se rectifiquen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos para su autorización.

b) La destrucción de un lote o envío de animales, productos de animales u otros materiales, cuando exista sospecha fundada o evidencia de estar infectados.

Disposición adicional primera. *Reproducción animal.*

1. Para el establecimiento de paradas de sementales y centros de inseminación artificial, ya sean privados o dependientes de las Administraciones Públicas, será necesaria la autorización previa del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

2. Reglamentariamente se regularán aquellos aspectos del funcionamiento de las paradas y centros mencionados que puedan afectar a la situación zoosanitaria de la ganadería navarra.

3. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá desarrollar o colaborar en el desarrollo de programas reproductivos sanitariamente controlados.

Disposición adicional segunda. *Ejecución subsidiaria de acciones sanitarias.*

1. Los particulares y las entidades públicas o privadas que se encuentren afectados por la obligatoriedad de la lucha contra una enfermedad infectocontagiosa o parasitaria, deberán realizar las acciones sanitarias que al efecto se establezcan.

2. En caso de que los afectados incumplan lo previsto en el apartado anterior, el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación procederá a la ejecución subsidiaria con sus propios medios o utilizando servicios ajenos, liquidando los gastos correspondientes al interesado, cuyo pago podrá exigírsele por vía de apremio, con independencia de las sanciones a que hubiere lugar.

Disposición adicional tercera. *Ayudas a la creación y mejora de pastos comunales.*

Las ayudas que otorgue la Administración de la Comunidad Foral de Navarra a los proyectos que promuevan las Entidades Locales de Navarra para la creación y mejora de terrenos comunales destinados al aprovechamiento de pastos, estarán supeditadas a la aprobación previa por parte de éstas, de acuerdo con el artículo 174 de la Ley Foral 6/1990, de 2 de julio, de la Administración Local de Navarra, de una reglamentación especial que destine, durante, al menos, quince años, los aprovechamientos a los ganaderos que reúnan, entre otras condiciones que establezca dicha reglamentación, la condición de agricultor a título principal conforme a la normativa agraria.

Disposición adicional cuarta. *Control y destrucción de piensos animales.*

1. En el plazo de un mes desde la entrada en vigor de la presente Ley Foral, se deberá proceder a la destrucción total de los piensos compuestos destinados a la alimentación animal en cuya composición hayan sido utilizados elementos de cadáveres de otros animales que no hayan sido sacrificados para el consumo humano.

2. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación desarrollará reglamentariamente en el plazo de un mes, desde la entrada en vigor de la presente Ley Foral, el procedimiento que controle la no utilización de animales, que no cumplan los requisitos fijados en la misma, para la fabricación de piensos para la alimentación de otros animales.

Disposición adicional quinta. *Explotaciones que superen los límites máximos establecidos.*

Las explotaciones en funcionamiento cuya capacidad productiva antes de la entrada en vigor del Real Decreto 1053/2022, de 27 de diciembre, por el que se establecen las normas básicas de ordenación de las granjas bovinas, superen la capacidad productiva máxima establecida en el mismo podrán mantener dicha capacidad, pero no podrán en ningún caso ampliarla. A estos efectos se tendrá en cuenta la capacidad máxima contemplada en su licencia medioambiental vigente. No podrán realizar modificaciones de instalaciones o cambios de orientación productiva que supongan aumento de este tamaño máximo.

Disposición transitoria primera.

(Derogada).

Disposición transitoria segunda.

En tanto no se aprueben por el Gobierno de Navarra las disposiciones reglamentarias que se prevén en esta Ley Foral, continuarán vigentes en todo lo no opuesto a la misma:

El Reglamento que desarrolla la Ley Foral 5/1984, de 4 de mayo, de protección sanitaria del ganado que aproveche pastos naturales, aprobado por Decreto Foral 35/1985, de 20 de febrero.

El Decreto Foral 92/1985, de 8 de mayo, por el que se aprueba la campaña de saneamiento contra la brucelosis caprina.

El Reglamento que desarrolla las campañas oficiales de saneamiento del ganado vacuno de Navarra, aprobado por Decreto Foral 145/1986, de 23 de mayo.

El Decreto Foral 233/1989, de 19 de octubre, por el que se regulan los certámenes ganaderos de ámbito local, comarcal y regional.

El Reglamento que desarrolla la campaña de saneamiento del ganado ovino de Navarra, aprobado por Decreto Foral 121/1987, de 29 de mayo.

El Decreto Foral 269/1996, de 1 de julio, por el que se regulan los medicamentos veterinarios y piensos medicamentosos en la Comunidad Foral de Navarra.

El Decreto Foral 17/1997, de 27 de enero, por el que se regulan en Navarra las Agrupaciones de Defensa Sanitaria Ganaderas.

El Decreto Foral 369/1997, de 9 de diciembre, por el que se aprueba el procedimiento administrativo sancionador en las materias de agricultura, ganadería y agroalimentación, en lo que se refiere a la ganadería.

Disposición transitoria tercera. *Resolución de expedientes en tramitación.*

1. Los expedientes correspondientes a la autorización de explotaciones de ganado bovino incluyendo nuevas explotaciones, modificaciones y/o ampliaciones de explotaciones existentes o cambios de orientación zootécnica, presentados con anterioridad al 6 de abril de 2022 sobre los que no haya recaído resolución firme en vía administrativa, se regirán por lo dispuesto en la disposición transitoria primera del Real Decreto 1053/2022, de 27 de diciembre, por el que se establecen normas básicas de ordenación de las granjas bovinas.

2. Los expedientes correspondientes a la autorización de explotaciones de ganado bovino, incluyendo nuevas explotaciones, modificaciones y/o ampliaciones de explotaciones existentes o cambios de orientación zootécnica, presentados con posterioridad al 6 de abril de 2022 sobre los que no haya recaído resolución firme en vía administrativa, se regirán por lo dispuesto en la presente ley foral y, en consecuencia, no podrán superar los tamaños máximos que se establezcan en el anexo I.

Disposición derogatoria.

1. Quedan derogadas las disposiciones de igual o menor rango que se opongan al contenido de esta Ley Foral.

2. En particular, queda derogada la Ley Foral 5/1984, de 4 de mayo, de protección sanitaria del ganado que aproveche pastos comunales.

Disposición final primera.

Se autoriza al Gobierno de Navarra para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta Ley Foral.

Disposición final segunda.

Esta Ley Foral entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Navarra».

ANEXO I

Capacidad productiva máxima de las explotaciones ganaderas (en UGM o plazas)

Tamaño de explotación porcino	UGM (1)/plazas 864 UGM
Broilers y aves en general.	300.000 plazas.
Gallinas puesta y recría.	300.000 plazas.
Gallinas reproductoras y su recría.	60.000 plazas.
Aves con salida a parques.	50.000 plazas.
Codornices.	600.000 plazas.
Vacuno de leche.	850 UGM.
Vacuno de carne (2).	850 UGM.
Ovino-caprino de leche.	6.000 reproductores o 600 UGM.
Ovino-caprino de carne.	8.000 reproductores o 800 UGM.
Equino.	1250 UGM.
Conejos.	600 UGM.
Asentamiento apícola (3).	200 colmenas.
Explotación con varias especies.	1250 UGM.

(1) UGM. A efectos de cálculo de UGM de este cuadro se consideran las equivalencias de UGM del anexo 1 del Decreto Foral 31/2019.

(2) Incluido las explotaciones de ganado bravo.

(3) El tamaño máximo es de los asentamientos apícolas, pudiendo tener una misma explotación varios asentamientos.

§ 11

Ley Foral 4/2007, de 23 de marzo, de Sanidad Vegetal

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 42, de 4 de abril de 2007
«BOE» núm. 98, de 24 de abril de 2007
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2007-8525

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral de Sanidad Vegetal.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La actividad agrícola ha venido desempeñando, de forma secular, la función tradicional de productora y suministradora de alimentos a la sociedad, si bien dentro de un contexto socioeconómico entre cuyas metas irrenunciables se encuentra el aseguramiento de una rentabilidad mínima que permita la continuidad de la empresa agraria.

No obstante, en la actualidad, a la agricultura moderna de los países desarrollados se le reconoce y exige, con el máximo nivel de rigor y eficacia, un conjunto de funciones añadidas que, en su globalidad, abarcan todo el espectro de actuaciones de la actividad agraria y sus interrelaciones ambientales, sociales y económicas. La conservación del paisaje, la protección del medio ambiente, la mejora de la biodiversidad, la garantía de la calidad y de la seguridad alimentarias, la prevención de riesgos laborales, la conservación de suelos, la transmisión de tradiciones culturales, la estabilidad de la población rural, etc., forman parte de esa serie de nuevas funciones. Todos estos aspectos y otros más que, en términos generales, se agrupan bajo el moderno concepto de multifuncionalidad, plantean un escenario distinto al hasta hace poco tradicional donde aparecen elementos nuevos, con amplia demanda social, y que, consecuentemente, los poderes públicos deben tener en cuenta.

Uno de los objetivos básicos de la nueva agricultura impulsada por los poderes públicos consiste en proteger los vegetales y sus productos contra los daños producidos por los agentes nocivos, manteniendo a éstos, mediante la intervención humana, en niveles de población aceptables y, además, en impedir la introducción y difusión de otros agentes nocivos procedentes de otras áreas geográficas. Es esto lo que se conoce como «Sanidad Vegetal».

Actualmente la regulación de la sanidad vegetal se encuentra principalmente en la normativa comunitaria incorporada a la legislación española. Todas estas regulaciones jurídicas han sido integradas en la Ley 43/2002, de 20 de noviembre, de sanidad vegetal, la

cual derogó la Ley de Plagas del Campo, de 21 de mayo de 1908, y la Ley de 20 de diciembre de 1952, de defensa de los montes contra plagas forestales.

La Comunidad Foral de Navarra también ha dictado normas reguladoras sobre diversos aspectos de sanidad vegetal si bien abordando aspectos parciales del conjunto. Entre dichas normas destacan el Decreto Foral 50/1996, de 22 de enero, por el que se regula la inscripción y funcionamiento del Registro Oficial de Movimientos de Plaguicidas Peligrosos y los cursos y carné de capacitación en la utilización de plaguicidas en la Comunidad Foral de Navarra; la Orden Foral de 28 de julio de 1997, por la que se dispone la adopción de medidas contra el fuego bacteriano (Erwinia amylovora) en el territorio de la Comunidad Foral de Navarra; así como la Orden Foral 62/2005, de 4 de abril, del Consejero de Agricultura Ganadería y Alimentación por la que se establecen medidas fitosanitarias obligatorias y recomendadas en la lucha contra las plagas y enfermedades de los cultivos.

II

El artículo 50.1 de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, reconoce la competencia exclusiva de Navarra, en virtud de su régimen foral, en las materias de agricultura y ganadería, de acuerdo con la ordenación general de la economía. La titularidad de esta competencia exclusiva permite a la Comunidad Foral de Navarra el ejercicio de su potestad legislativa (artículo 40.1 de la misma Ley Orgánica) mediante la aprobación de Leyes Forales, según lo previsto en el artículo 20.1.

Asimismo, el Real Decreto 2654/1985, de 18 de diciembre, de traspaso de servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra en materia de agricultura, ganadería y montes, estableció un amplio conjunto de funciones y servicios que, desde la fecha prevista, se ejercen por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en cuanto a sanidad vegetal, entre las que aparecen: la vigilancia de campos y cosechas para la detección de agentes nocivos; la delimitación de zonas afectadas; la prevención y lucha contra tales agentes; la organización, dirección y ejecución de campañas fitosanitarias declaradas de interés estatal, la vigilancia del cumplimiento de las disposiciones fitosanitarias y la adopción de las medidas pertinentes tanto en lo relativo a la producción vegetal, como en lo que concierne a los locales relacionados con los productos vegetales o los medios de defensa fitosanitaria, medios de transporte y, sobre todo, en lo relativo de la salvaguarda de la salud de las personas; la salubridad de los alimentos y la protección del medio ambiente; el ejercicio de las funciones de registro de establecimientos y servicios plaguicidas, etc.

Esta amplia gama de competencias de la Comunidad Foral de Navarra recomienda la elaboración de un único texto legal regulador de la sanidad vegetal, sin perjuicio de las competencias que, en este mismo sector, pueda ejercer la Administración General del Estado, en virtud de sus títulos sobre régimen aduanero y arancelario, comercio exterior, sanidad exterior, bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica, bases y coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos fitosanitarios y legislación básica sobre protección del medio ambiente.

III

Entrando ya en su contenido, esta Ley Foral establece las actuaciones aplicables en materia de sanidad vegetal en relación con la experimentación y divulgación, la prevención y la lucha contra las plagas en particular. Además, se especifican los requisitos de las medidas oficiales para la erradicación de una plaga, evitar su extensión y reducir sus poblaciones o sus efectos.

En lo que concierne a los particulares, se responsabiliza de la sanidad vegetal, como no puede ser de otra manera en una sociedad moderna y de mercado, a los titulares de explotaciones agrarias y de otras superficies con cubierta vegetal y a otros profesionales que ejerzan actividades relacionadas con la defensa fitosanitaria, la vigilancia y el control de las plagas, los cultivos y los materiales objeto de su actividad, así como de la ejecución a su cargo de las medidas oficiales obligatorias que se establezcan con posterioridad más detalladamente.

También se determinan las obligaciones y responsabilidades de los productores, titulares de autorizaciones, distribuidores, vendedores y demás operadores de productos fitosanitarios, y la responsabilidad de los usuarios de dichos productos, de emplearlos siguiendo las recomendaciones de uso. Asimismo, se fijan las obligaciones de las personas físicas y jurídicas a quienes se les practique una inspección oficial.

Respecto a los organismos de control biológico, exóticos y no exóticos, su distribución, liberación, cría, producción y comercialización se ajustará a la normativa que se establezca reglamentariamente, con el fin de asegurar una utilización eficaz e inocua para la salud humana y animal y el medio ambiente, exigiéndose notificación previa a la Administración la realización de ensayos para investigación y desarrollo de los organismos exóticos.

Con el mismo objetivo de prevenir los riesgos citados, se recoge la creciente demanda de los consumidores, relativa a promover sistemas de producción vegetal más acordes con la protección del medio ambiente y la salubridad de los alimentos. Además se prevé la realización de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de la presente Ley Foral y se les otorga el carácter de autoridad a los inspectores fitosanitarios, determinando sus competencias.

En orden a garantizar el debido cumplimiento de las conductas imperativas y responsabilidades que la Ley Foral asigna, se establece un régimen sancionador en la materia. Así, se regulan las infracciones y sanciones, determinando sus posibles responsables, las sanciones procedentes y su graduación, la prescripción y las reglas reguladoras de la competencia y procedimiento para la imposición de dichas sanciones.

Por último, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra creará una comisión en materia de sanidad vegetal con la composición y funciones que se determinen reglamentariamente.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y fines. .*

1. La presente Ley Foral tiene por objeto regular la materia de sanidad vegetal en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra.

2. La Ley Foral tiene por fines los siguientes:

a) Proteger los vegetales y los productos vegetales de los daños ocasionados por las plagas.

b) Proteger el territorio de la Comunidad Foral de Navarra y, en consecuencia, el territorio nacional y el de la Unión Europea de la introducción de plagas de cuarentena para los vegetales y los productos vegetales u otros objetos, y evitar la propagación de las ya existentes.

c) Proteger los animales, los vegetales y microorganismos que anulen o limiten la actividad de los organismos nocivos para los vegetales y productos vegetales.

d) Prevenir los riesgos, tanto laborales como medioambientales y de salubridad de las personas y animales que puedan derivarse del uso de los productos fitosanitarios.

e) Garantizar que los medios de protección vegetal reúnan las debidas condiciones de utilidad, eficacia y seguridad.

Artículo 2. *Definiciones.*

A los efectos de la presente Ley Foral se entenderá por:

a) Comercialización: cualquier entrega, a título oneroso o gratuito, incluido el acto de la importación y excluida la exportación.

b) Vegetales: las plantas vivas y las partes vivas de las mismas, incluidas las frutas frescas y las semillas.

c) Productos vegetales: los productos de origen vegetal no transformados o que han sido sometidos a una preparación simple.

d) Otros objetos: los materiales o productos, distintos de los productos vegetales, susceptibles de ser afectados por organismos nocivos o servir de vehículo a los mismos.

e) Plaga: organismo nocivo para los vegetales o los productos vegetales, perteneciente a los reinos animal, vegetal, virus, micoplasmas u otros patógenos.

f) Plaga de cuarentena: aquella plaga que pueda tener importancia económica potencial y que figure en la lista comunitaria o así haya sido calificada por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

g) Organismo de control biológico: enemigo natural antagonista o competidor u otra entidad biótica capaz de reproducirse, utilizado para el control de plagas, con excepción de los microorganismos y virus contemplados en la letra j).

h) Organismo de control biológico exótico: organismo de control biológico que no existe en todo o en parte del territorio nacional.

i) Medios de defensa fitosanitaria: los productos, organismos, equipos, maquinaria de aplicación, dispositivos y elementos destinados a controlar los organismos nocivos, evitar sus efectos, o incidir sobre el proceso vital de los vegetales de forma diferente a los nutrientes.

j) Sustancias activas: las sustancias o microorganismos, incluidos los virus, que ejerzan una acción general o específica contra las plagas o en vegetales, partes de vegetales o productos vegetales.

k) Productos fitosanitarios: las sustancias activas y los preparados que contengan una o más sustancias activas presentados en la forma en que se ofrecen para su distribución a los usuarios, destinados a proteger los vegetales o productos vegetales contra las plagas o evitar la acción de éstas, mejorar la conservación de los productos vegetales, destruir los vegetales indeseables o partes de vegetales, o influir en el proceso vital de los mismos de forma distinta a como actúan los nutrientes.

l) Residuos de un producto fitosanitario: la sustancia o sustancias presentes en los vegetales, productos vegetales o sus transformados, productos comestibles de origen animal, o en el medio ambiente, que constituyan los restos de la utilización de un producto fitosanitario, incluidos sus metabolitos y los productos resultantes de su degradación o reacción.

m) Límite máximo de residuos (LMR): concentración máxima de residuos de un producto fitosanitario permitida legalmente en la superficie o la parte interna de productos destinados a la alimentación humana o animal.

n) Lucha integrada: la aplicación racional de una combinación de medidas biológicas, biotecnológicas, químicas, de cultivo o de selección de vegetales, de modo que la utilización de productos fitosanitarios se limite al mínimo necesario para el control de las plagas.

ñ) Buenas prácticas fitosanitarias: utilización de los productos fitosanitarios y demás medios de defensa fitosanitaria bajo las condiciones de uso autorizadas.

o) Control de una plaga: aplicación de medidas fitosanitarias encaminadas a evitar la propagación de una plaga, reducir su población o sus efectos, o a conseguir su erradicación.

p) Establecimiento de una plaga: perpetuación de una plaga para un futuro previsible, dentro de una zona después de su entrada.

q) Erradicación de una plaga: aplicación de medidas fitosanitarias para eliminar una plaga de una zona de forma total y permanente.

r) Declaración oficial de existencia de una plaga: reconocimiento oficial de la existencia de una plaga, definiendo el organismo causal, la zona afectada y las medidas fitosanitarias a adoptar.

Artículo 3. *Ámbito de aplicación.*

El ámbito material de aplicación de esta Ley Foral será el territorio de la Comunidad Foral de Navarra y afectará a:

a) Los vegetales, sean cultivados o espontáneos, y los productos vegetales.

b) Los suelos y las tierras, turbas, mantillos, estiércoles y demás materiales, instalaciones y medios que sirvan o se destinen al cultivo, producción, manipulación, transformación, conservación, comercialización o vertido de vegetales y sus productos.

c) Los productos fitosanitarios y los demás medios de defensa fitosanitaria, así como las instalaciones y medios destinados a su producción, distribución, comercialización y aplicación.

d) Los animales, los vegetales y microorganismos que anulen o limiten las plagas.

e) Las actividades de las personas y de las entidades, públicas o privadas, en cuanto estén relacionadas con el objeto de esta Ley Foral.

Artículo 4. *Distribución de competencias.*

1. El ejercicio de las competencias en materia de sanidad vegetal se realizará por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación, sin perjuicio de las actuaciones de los Departamentos de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda en materia de plagas forestales, y de Salud, en materia de atención al medio en cuanto a su posible repercusión en la salud humana.

2. La función de coordinación con el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación en materia de sanidad vegetal corresponderá al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

CAPÍTULO II

Experimentación, asesoramiento y divulgación en materia de sanidad vegetal

Artículo 5. *Experimentación en materia de sanidad vegetal.*

La Administración de la Comunidad Foral de Navarra promoverá la experimentación en materia de sanidad vegetal, orientada principalmente a la lucha contra las plagas, que posibilite la resolución de problemas de carácter fitosanitario en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra, obteniendo alternativas técnica y económicamente viables, y con pleno respeto a los principios recogidos en el artículo 19.

Artículo 6. *Asesoramiento y divulgación en materia de sanidad vegetal.*

La Administración de la Comunidad Foral, directamente o a través de sus entes públicos, promoverá las actuaciones formativas necesarias para trasladar al sector agrícola tanto los resultados de la experimentación como aquellos otros conocimientos que se consideren relevantes para una mejor formación en la lucha contra las plagas, o el manejo de medios de defensa fitosanitaria. Estas actuaciones incluirán, entre otros, aspectos relativos a riesgos laborales, de divulgación y de asesoramiento, propiciando siempre, en la medida de lo posible, el uso de buenas prácticas agrícolas que limiten o tiendan a eliminar el uso de productos fitosanitarios.

CAPÍTULO III

Prevención y control de las plagas

Artículo 7. *Obligaciones de los particulares.*

Los titulares de explotaciones y de otras superficies con cubierta vegetal, los agricultores, silvicultores, comerciantes, y los profesionales que ejerzan actividades relacionadas con la defensa fitosanitaria deberán:

a) Poner en conocimiento de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, de modo inmediato, toda aparición atípica de organismos nocivos o de sus síntomas en los vegetales y productos vegetales.

b) Vigilar sus cultivos, plantaciones y cosechas, vegetales y productos vegetales, así como las masas forestales, el medio natural y los materiales conexos objeto de comercio, siguiendo en su caso las recomendaciones dadas al efecto, a fin de mantener su buen estado sanitario.

c) Facilitar la información sobre el estado fitosanitario de los cultivos, plantaciones, vegetales o productos vegetales, que les sea requerida por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

d) Aplicar las medidas sanitarias obligatorias que establezca la Administración de la Comunidad Foral de Navarra conforme a esta Ley Foral y demás disposiciones vigentes, y colaborar en todo momento con ésta a fin de garantizar la sanidad vegetal.

e) Consentir y facilitar el acceso a las explotaciones, establecimientos, instalaciones de producción y almacenamiento, elementos de transporte, así como cualquier otra labor de inspección o control.

f) Consentir y facilitar las labores del personal que realice las funciones de la Estación de avisos.

Artículo 8. *Registro de productores y comerciantes de vegetales.*

Las personas físicas o jurídicas que produzcan o comercialicen vegetales y productos vegetales que sean potenciales propagadores de plagas de cuarentena, o de especial importancia económica o medioambiental, deberán estar inscritos en el correspondiente Registro. El procedimiento de inscripción se ajustará a los requisitos que se establezcan reglamentariamente.

Artículo 9. *Limitaciones a la circulación de vegetales.*

La Administración de la Comunidad Foral de Navarra establecerá controles oficiales para garantizar el cumplimiento de las limitaciones que se determinen por la Administración General del Estado respecto de la posible introducción o propagación de plagas de cuarentena en el territorio del Estado y de la circulación de determinados vegetales y productos vegetales susceptibles de ser portadores de las mismas.

Artículo 10. *Zonas libres de plagas.*

A efectos de preservar una o varias zonas del territorio de la Comunidad Foral de Navarra libres de plagas de cuarentena, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá proponer al Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación la tramitación ante la Unión Europea de la declaración de dichas zonas como libres de esas plagas.

Artículo 11. *Estación de avisos.*

1. La Estación de avisos es un instrumento de apoyo técnico en la lucha contra las plagas, especialmente en aquellas que puedan tener importancia económica potencial, basado en la detección, estimación y valoración de la presencia de las mismas en los cultivos, a través de una red de puntos de muestreo y, en su caso, mediante la realización de análisis que permitan detectar o identificar la presencia de agentes patógenos.

2. Con el fin de poder establecer medidas de prevención en la lucha contra las plagas, la Estación de avisos efectuará el seguimiento de la presencia y evolución de las diferentes plagas de los cultivos y facilitará la información necesaria para combatirlas y para desarrollar, en su caso, la lucha integrada, así como aquellas otras actuaciones que se establezcan reglamentariamente.

3. El Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación será el responsable del buen funcionamiento de la Estación de avisos, sin perjuicio de las competencias del Departamento de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio y Vivienda en materia de plagas forestales, pudiendo realizar las actuaciones oportunas directamente o a través de sus entes públicos.

Artículo 12. *Detección de plagas.*

1. Si la Administración de la Comunidad Foral de Navarra tuviera conocimiento de la aparición, o la sospecha de la existencia, de una plaga de cuarentena, o de especial importancia económica o medioambiental, realizará inmediatamente una inspección con el objeto de diagnosticar la plaga, establecerá las recomendaciones, ordenará medidas cautelares y fitosanitarias de carácter obligatorio que estime necesarias para evitar su propagación y realizará las investigaciones que conduzcan a la determinación del origen.

2. Con objeto de obtener una mejor información o realizar un más acertado diagnóstico, los particulares y las entidades públicas facilitarán el acceso a las instalaciones a aquellos

técnicos que determinen los servicios competentes de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Artículo 13. *Declaración oficial de la existencia de una plaga.*

1. La detección oficial de una plaga de cuarentena, o de especial importancia económica o medioambiental, podrá dar lugar a la declaración oficial de su existencia cuando produzca o pueda producir perjuicios económicos o daños de tal intensidad, extensión o naturaleza que hagan necesaria la lucha obligatoria como medio más eficaz de combatirla, o que las medidas de lucha requieran ser aplicadas en zonas continuas o cuando la plaga constituya foco posible de dispersión.

2. La declaración implicará la adopción de algunas de las medidas establecidas en el artículo 15 que permitan ejercer un control sobre la plaga, con el objetivo de su erradicación y, si ésta no fuera posible, evitar su propagación o reducir su población o sus efectos. Podrán incluir obligaciones para los particulares.

3. La declaración oficial se publicará en el Boletín Oficial de Navarra, notificándose, de forma inmediata, a la Administración General del Estado. Contendrá los datos correspondientes a la denominación de la plaga, localización del foco y, en su caso, la delimitación de las zonas de influencia de aquélla, así como las medidas que se impongan para erradicarla o, en su caso, evitar en lo posible su propagación y reducir sus efectos.

4. La declaración oficial de la existencia de una plaga podrá dar lugar a las calificaciones de lucha de utilidad pública cuando se cumplan las condiciones que se determinan en el artículo 14.

Artículo 14. *Calificación de utilidad pública de la lucha contra una plaga.*

1. La Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá calificar de utilidad pública la lucha contra una determinada plaga cuando pueda tener repercusiones importantes en el territorio de la Comunidad Foral de Navarra y presente alguna de las siguientes circunstancias:

a) Que por su intensidad, extensión o técnicas requeridas, su lucha exija el empleo de medios extraordinarios no asumibles por los particulares o que vaya a combatirse mediante prácticas de lucha biológica o autocida.

b) Que sus niveles de población y difusión muestren un ritmo creciente, que hagan prever la posibilidad de alcanzar extensiones importantes y ser causa de graves pérdidas económicas.

c) Que sea plaga de nueva aparición en parte del territorio de la Comunidad Foral de Navarra.

d) Que por sus características pueda ser erradicada en todo o en parte del territorio de la Comunidad Foral de Navarra.

e) Que sus características especiales de evolución y dispersión hagan necesario combatirla en estados, localizaciones o fases en que la realización de tratamientos no tengan interés directo para los propietarios afectados por no incidir económicamente en sus producciones o propiedades.

f) Que afecte a montes y espacios naturales cuya conservación sea de interés por razones ambientales o como medios de producción o de bienestar social.

g) Que afecte a vegetales o sus productos habitualmente destinados a la exportación y que internacionalmente sean objeto de medidas de cuarentena.

h) Que hayan resultado ineficaces las medidas adoptadas como consecuencia de la declaración oficial de su existencia, o la plaga se hubiera extendido más allá de los límites que comprendía tal declaración.

2. Asimismo, podrán establecerse otras medidas fitosanitarias adicionales en la disposición en la que se califique de utilidad pública la lucha contra dicha plaga o en otras posteriores.

Artículo 15. *Medidas fitosanitarias.*

En ejecución de esta Ley Foral, el Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación podrá ordenar las siguientes medidas fitosanitarias:

a) Condicionar o prohibir en zonas concretas la plantación o cultivo de especies o variedades sensibles a determinadas plagas o que puedan actuar de transmisoras de las mismas.

b) Desinsectar, desinfectar, inmovilizar, destruir, transformar, enterrar o someter a cualquier otra medida profiláctica los vegetales y sus productos, así como el material con ellos relacionado, que sea o pueda ser vehículo de plagas.

c) Desinsectar o desinfectar los locales, útiles y maquinaria empleados en la producción, manipulación, transformación, almacenamiento o conservación de vegetales y sus productos, así como de los medios para el transporte de los mismos que contengan o puedan ser vehículos de plagas.

d) Establecer las condiciones de almacenamiento y conservación de determinados vegetales y productos vegetales para prevenir los daños que puedan producir las plagas, así como la propagación de las mismas.

e) Determinar las fechas de comienzo y terminación de las labores de cultivo, incluidas las de recolección y aprovechamiento forestal, cuyo tiempo de ejecución pueda influir en el desarrollo de una plaga.

f) Arrancar las plantaciones abandonadas cuando constituyan un riesgo fitosanitario para las plantaciones vecinas o para el control de una determinada plaga.

g) Establecer cualquier otra medida que se justifique técnica o científicamente como necesaria en el control de una plaga.

Artículo 16. *Ejecución de las medidas fitosanitarias.*

Mientras no se establezca lo contrario, las medidas fitosanitarias previstas en el artículo precedente deberán ser ejecutadas bajo la responsabilidad de los afectados, corriendo a su cargo los gastos que se originen y de acuerdo con las instrucciones técnicas que al efecto se impartan por el Departamento competente por razón de la materia sobre la evolución de la plaga y la aplicación de las medidas previstas.

Artículo 17. *Restricciones en la lucha obligatoria contra una plaga.*

Cuando en la lucha contra una plaga, la acción individual pueda interferir la colectiva con riesgo de su efectividad o sea necesaria la adopción de medidas especiales o el empleo de medios extraordinarios, el Departamento competente por razón de la materia podrá establecer la obligatoriedad de realizarla colectivamente por parte de organizaciones reconocidas oficialmente o directamente por él mismo, en cuyo caso los afectados deberán abstenerse de realizar cualquier otra acción individual si así fuera establecido.

Artículo 18. *Ayudas en la lucha contra plagas.*

Los afectados por la obligatoriedad de la lucha contra una plaga podrán beneficiarse de la asistencia técnica y de las ayudas económicas que, en su caso, se establezcan.

Artículo 19. *Indemnizaciones en la lucha obligatoria.*

1. Cuando las medidas adoptadas tras la declaración de una plaga supongan la destrucción, deterioro o inutilización de bienes o propiedades particulares o públicas, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, en el caso de que haya sido la Administración que ha declarado la plaga, compensará a los perjudicados mediante la debida indemnización, cuyo importe se valorará de acuerdo con la normativa y los baremos que se establezcan.

2. Los afectados no percibirán indemnización alguna por las medidas a que hace referencia el apartado anterior en cualquiera de los siguientes casos:

a) Cuando no figure la actividad o la explotación en los registros oficiales en los que sea preceptiva su inscripción por razón de la normativa de sanidad vegetal.

b) Cuando no hayan comunicado inmediatamente la existencia o sospecha de una plaga de cuarentena, o de especial importancia económica o medioambiental, a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

c) Cuando su conducta, por acción u omisión, hubiera ocasionado la propagación de la plaga o hubiera podido contribuir a ello.

d) Cuando hubiera existido negativa, ocultación o resistencia a la inspección en explotación o instalaciones.

e) Cuando se hayan incumplido o no se hayan seguido las normas sobre sanidad vegetal o las medidas cautelares o definitivas impuestas por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

f) Cuando existan muestras de manipulación en la documentación relacionada con la sanidad vegetal.

g) Cuando exista evidencia de cualquier manipulación que pueda alterar la fiabilidad de los resultados o las diferentes pruebas de diagnóstico.

h) Cuando no se hayan ejecutado las medidas impuestas dentro de los plazos establecidos.

i) Cuando se haya producido cualquier otra transgresión a lo dispuesto en la legislación vigente en materia de sanidad vegetal que haya dado lugar a la adopción de las medidas.

CAPÍTULO IV

Medios de defensa fitosanitaria

Artículo 20. *Principios a considerar en la defensa fitosanitaria.*

La utilización de medios de defensa fitosanitaria:

a) Estará subordinada a los objetivos de protección de la salud de las personas y de los animales.

b) Será compatible con el desarrollo de una agricultura sostenible respetuosa con el medio ambiente.

Artículo 21. *Condiciones generales de comercialización y utilización.*

Los medios para la defensa fitosanitaria:

a) Deberán estar autorizados oficialmente por la Administración Pública competente.

b) Deberán presentarse en el mercado etiquetados, incluyendo, al menos la información necesaria sobre su identidad, riesgos, precauciones a adoptar y para su correcta utilización.

c) Deberán ser utilizados adecuadamente, teniendo en cuenta las buenas prácticas fitosanitarias y, cuando sea posible, los principios de la lucha integrada.

Artículo 22. *Producción y comercialización de productos fitosanitarios.*

1. Quienes se dediquen a la fabricación de productos fitosanitarios en el territorio de la Comunidad Foral de Navarra estarán obligados a:

a) Disponer de instalaciones y laboratorios adecuados.

b) Registrar las operaciones de producción de todos los lotes y controlar su calidad.

c) Someterse a las actuaciones de comprobación que se efectúen por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra para verificar y garantizar que se cumplen los requisitos tenidos en cuenta para su autorización, así como los de envasado y etiquetado.

d) Proporcionar una ficha de datos de seguridad conforme a los requisitos que se establezcan reglamentariamente.

2. El titular de la autorización de un producto fitosanitario será responsable de que:

a) El fabricante cumpla las obligaciones expuestas en el apartado anterior.

b) El producto fitosanitario cumpla los requisitos establecidos en su autorización, incluidos los relativos a envasado.

c) Dicho producto esté adecuadamente etiquetado, proporcionando toda la información necesaria sobre los riesgos potenciales, así como la relativa a su correcta manipulación, utilización y eliminación de envases.

d) En caso de que se realice un sobreetiquetado, éste deberá realizarse conforme a los requisitos reglamentarios, y la responsabilidad de los requisitos descritos en la letra c) corresponderá a quien realice dicho sobreetiquetado.

3. Los distribuidores, vendedores y demás operadores comerciales de productos fitosanitarios deberán:

a) Estar cualificados o disponer de personal cualificado para asesorar a los usuarios acerca de la idoneidad de un producto y de las condiciones prácticas de su manipulación y utilización.

b) Cumplir los requisitos establecidos para el almacenamiento y comercialización.

c) Suministrar los productos fitosanitarios solamente a personas o entidades que en su condición de usuarios cumplan las condiciones y requisitos legalmente exigibles para su tenencia o utilización.

4. Los fabricantes, titulares de autorizaciones y operadores que intervengan en la comercialización de productos fitosanitarios estarán obligados a:

a) Cumplir los requisitos que se establezcan en cuanto a registro y control de sus establecimientos y actividades.

b) Proporcionar al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación la información necesaria a efectos estadísticos, en los términos que establezca la legislación sobre esta materia.

c) Comunicar inmediatamente al Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación toda nueva información acerca de los efectos potencialmente peligrosos de sus productos sobre la salud humana o animal, las aguas o el medio ambiente, así como sobre sus efectos fitotóxicos.

5. Las disposiciones contenidas en este artículo se entenderán sin perjuicio de otras legislaciones sobre fabricación y comercialización que puedan afectar a estas actividades.

Artículo 23. *Utilización de productos fitosanitarios.*

1. Los usuarios y, en general, quienes manipulen productos fitosanitarios en el ámbito territorial de la Comunidad Foral de Navarra deberán:

a) Informarse, a través de las etiquetas o mediante el asesoramiento adecuado, sobre todos los aspectos relativos a la correcta y adecuada custodia, manipulación y utilización de estos productos.

b) Cumplir las buenas prácticas fitosanitarias y atender a las demás indicaciones o advertencias que figuren en las etiquetas.

c) Respetar las posibles restricciones establecidas en cuanto a clases o categorías de usuarios.

d) Observar los principios de la lucha integrada, siempre que sean aplicables.

e) Cumplir las disposiciones relativas a la eliminación de los envases vacíos, de acuerdo con las condiciones de sus etiquetas, así como de la retirada de productos fitosanitarios que contengan sustancias activas excluidas de las listas comunitarias.

f) Cumplir los requisitos de capacitación establecidos por la normativa vigente en función de las categorías o clases de peligrosidad de los mismos.

2. Quienes presten servicios de aplicación de productos fitosanitarios, además de cumplir los requisitos generales a que se refiere el apartado 1 del presente artículo y los establecidos en el apartado 4 del artículo anterior, deberán:

a) Disponer de personal con los niveles de capacitación exigibles.

b) Disponer de los medios de aplicación adecuados y mantener un régimen de revisiones periódicas del funcionamiento de los mismos.

c) Disponer de locales adecuados para almacenar los medios de aplicación y los productos fitosanitarios.

d) Realizar en cada caso un contrato en el que deberán constar al menos los datos de la aplicación a realizar y las condiciones posteriores que, en su caso, corresponda cumplir al usuario del servicio.

e) Estar inscritos en su caso en el Registro contemplado en el artículo 24 de la presente Ley Foral.

f) Inscribir los equipos de pulverización en el Registro Oficial de Maquinaria Agrícola.

Artículo 24. *Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Fitosanitarios.*

1. Será preceptiva la inscripción en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Fitosanitarios, de los establecimientos radicados en Navarra en los que se fabriquen, manipulen, almacenen o comercialicen productos fitosanitarios, y de las empresas de servicios que tengan su sede social o apliquen tratamientos fitosanitarios en Navarra.

2. El procedimiento de inscripción se establecerá reglamentariamente.

Artículo 25. *Libro Oficial de Movimientos.*

1. Las plantas formuladoras y los demás establecimientos en que, mediante cualquier cesión, se adquieran y expendan productos fitosanitarios clasificados como tóxicos o muy tóxicos, llevarán actualizado un libro oficial de los movimientos de productos fitosanitarios peligrosos.

Estarán igualmente obligados a la tenencia del citado libro los aplicadores y las empresas de tratamientos que hayan adquirido tales productos fitosanitarios para su aplicación por cuenta de terceros.

2. Las características del Libro Oficial de Movimientos y su tenencia serán las establecidas reglamentariamente.

Artículo 26. *Límites máximos de residuos.*

1. Los vegetales, productos vegetales y sus transformados, destinados a la alimentación humana o animal, no podrán contener, desde el momento de su primera comercialización después de la cosecha o desde la salida del almacén en caso de tratamiento postcosecha, residuos de productos fitosanitarios en niveles superiores a los límites máximos establecidos reglamentariamente.

2. Lo previsto en el apartado anterior no será de aplicación para los vegetales, productos vegetales y sus transformados cuyo destino sea la plantación o siembra o la fabricación de productos no destinados a la alimentación humana o animal.

3. El control de los Límites Máximos de Residuos se llevará a cabo en el número de muestras asignado a la Comunidad Foral de Navarra dentro del plan o programa nacional de control, con el fin de evitar la puesta en circulación de productos vegetales cuando superen dichos límites.

4. La Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá incrementar el número de muestras en aquellos cultivos en que lo considere necesario.

Artículo 27. *Medios biológicos de defensa fitosanitaria.*

1. La introducción, distribución y liberación de organismos de control biológico exóticos cuando su fin sea el de investigación, la liberación para control biológico o su utilización como producto fitosanitario biológico se efectuarán de acuerdo con la normativa que se establezca reglamentariamente. Cuando su fin sea la realización de ensayos para investigación y desarrollo, se requerirá comunicación previa a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

2. La cría o producción y la distribución, comercialización y liberación de organismos de control biológico no exóticos estarán sujetas a las normas que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 28. *Otros medios de defensa fitosanitaria.*

1. Los medios de defensa fitosanitaria no contemplados específicamente en este Capítulo, incluidos los modelos o prototipos de los medios de aplicación de productos

fitosanitarios, deberán cumplir los requisitos que se establezcan para asegurar su adecuado comportamiento en las condiciones de buenas prácticas fitosanitarias y prevenir que, por su naturaleza o en su funcionamiento, puedan presentar riesgos para la salud de las personas o de los animales, para el medio ambiente o para los cultivos o sus producciones.

2. La comercialización de estos medios requerirá la comunicación previa a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, dándose traslado de dicha documentación al Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, salvo que les sea de aplicación el requisito de autorización previa.

Artículo 29. *Racionalización del uso de los medios de defensa fitosanitaria.*

Al objeto de que los medios de defensa fitosanitaria puedan ser utilizados adecuadamente atendiendo a los principios enunciados en el artículo 20 de esta Ley Foral, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra promoverá sistemas de producción vegetal, tales como la producción integrada y la agricultura ecológica, que, en el control de las plagas, utilicen racionalmente prácticas culturales y mecanismos de regulación naturales, así como medios químicos, biológicos, físicos o materiales, a fin de obtener unos resultados económicos, rendimientos y calidades, que sean aceptables desde los puntos de vista social y medioambiental.

Artículo 30. *Limitaciones en lo relativo a los medios de defensa fitosanitaria.*

1. El Departamento competente por razón de la materia propondrá a la Administración General del Estado la adopción de limitaciones en un producto autorizado, para restringir o prohibir su comercialización y uso, cuando existan motivos fundados para considerar que dicho producto puede constituir un riesgo para la salud humana, la sanidad animal, o para el medio ambiente.

2. Ante la evidencia o la sospecha razonable de que la utilización de un producto fitosanitario, u otro medio de defensa fitosanitaria, presente riesgos para la salud humana, la sanidad animal o el medio ambiente, se podrá proceder a la suspensión temporal o a la regulación de su uso.

CAPÍTULO V

Inspecciones, infracciones y sanciones

Sección 1.ª Inspecciones y controles

Artículo 31. *Competencias.*

Corresponde a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra la realización de los controles e inspecciones necesarios para asegurar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley Foral.

Artículo 32. *Controles.*

1. La Administración de la Comunidad Foral de Navarra establecerá controles oficiales para garantizar el cumplimiento de lo determinado en esta Ley Foral. Dichos controles podrán ser:

a) sistemáticos, en las dependencias donde se cultiven, produzcan, almacenen o se comercialicen vegetales, productos vegetales y otros objetos.

b) ocasionales, en cualquier momento y lugar donde puedan circular o puedan encontrarse dichos productos.

2. La Administración de la Comunidad Foral de Navarra desarrollará las inspecciones y programas sistemáticos de vigilancia de la fabricación, comercialización y utilización de los medios de defensa fitosanitaria, particularmente del cumplimiento de las buenas prácticas fitosanitarias, así como de los niveles de residuos presentes en los vegetales, productos vegetales y sus transformados, y en los alimentos preparados a base de ellos, de conformidad, en su caso, con los Planes Nacionales.

Artículo 33. *Instrumentos de apoyo a la realización de controles.*

Como instrumentos de apoyo a la realización de los controles que debe efectuar la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, se designarán:

a) Al menos un laboratorio fitosanitario para la realización de diagnósticos e identificación de plagas y organismos de control biológico.
b) Laboratorios oficiales u oficialmente reconocidos que sean apropiados para realizar los análisis y ensayos de muestras tomados en ejecución de los programas de vigilancia a que se hace referencia en el apartado 2 del artículo 32, así como para participar en los programas coordinados de armonización de las técnicas y los métodos que hayan de utilizarse.
c) Centros de inspección técnica de los medios de aplicación, oficiales u oficialmente reconocidos, que sean apropiados para las revisiones periódicas contempladas en la letra b) del apartado 2 del artículo 23.

Artículo 34. *Medidas cautelares.*

1. Las medidas cautelares que se pueden adoptar en ejecución de esta Ley Foral son las siguientes:

a) La destrucción de vegetales, productos vegetales u otros objetos o, en su caso, enterramiento.
b) El reenvío de vegetales, productos vegetales u otros objetos de unas zonas a otras.
c) La inmovilización y, en su caso, el confinamiento de vegetales, productos vegetales, u otros objetos.
d) El precintado o cierre temporal de equipos, instalaciones, locales o establecimientos.
e) La suspensión temporal de autorizaciones de su competencia o inscripciones en registros oficiales.
f) El cambio o restricciones del uso o destino de los vegetales, productos vegetales u otros objetos con o sin transformación.
g) La desinfección o desinsectación.
h) La incautación de documentos.

2. Los órganos competentes adoptarán de forma motivada las medidas cautelares previstas en el apartado anterior cuando concurra una situación de riesgo para los cultivos o sus producciones, para la salud de las personas o animales, o para el medio ambiente.
3. Las medidas cautelares se ajustarán en intensidad, proporcionalidad y requisitos técnicos a los intereses públicos que se pretenda garantizar en cada supuesto concreto y su duración no superará a la de la situación de riesgo o falta de autorización que las haya motivado.

Artículo 35. *Facultades de los inspectores fitosanitarios.*

1. El personal que ejerza las funciones de inspección previstas en esta Ley Foral tendrá el carácter de autoridad y podrá:

a) Acceder a cualquier lugar, instalación o dependencia, de titularidad pública o privada. En el supuesto de entradas domiciliarias se requerirá el previo consentimiento del titular o resolución judicial.
b) Exigir la información y la presentación de documentos comprobatorios.
c) Tomar las muestras mínimas necesarias para su examen o análisis en el laboratorio oficial o en otros centros especializados.
d) Si como consecuencia de la inspección, el inspector actuante estimara que existe un grave e inmediato riesgo para la salud humana, la sanidad vegetal, la sanidad animal o el medio ambiente, podrá adoptar las medidas cautelares previstas en el apartado 1 del artículo 34, excepto la contemplada en su letra e), en la que podrá proponer a la autoridad competente la adopción de la misma.

2. Los inspectores darán cuenta inmediata de las medidas cautelares adoptadas al órgano competente a los efectos oportunos, que decidirá sobre el mantenimiento de las mismas en el plazo de quince días.

Artículo 36. *Acta de inspección.*

1. Los inspectores documentarán cada una de sus actuaciones mediante acta, en la que se hará constar en todo caso:

a) Los datos relativos a la persona física o jurídica inspeccionada.
b) La persona ante quien se realiza la inspección.
c) Indicación de los motivos de la actuación.
d) Los hechos apreciados, las circunstancias concurrentes que sean de interés y las manifestaciones que deseen formular quienes atienden a la inspección.
e) Las medidas que se hubieran ordenado.

2. Los hechos recogidos en las actas de inspección tendrán valor probatorio conforme a lo dispuesto en la legislación vigente, sin perjuicio de las pruebas que en defensa de los respectivos derechos o intereses puedan aportar los propios interesados.
3. El acta de inspección se remitirá al órgano competente para iniciar las actuaciones oportunas, incluido, en su caso, el procedimiento sancionador.

Artículo 37. *Obligaciones de las personas inspeccionadas.*

Las personas físicas o jurídicas a quienes se practique una inspección estarán obligadas a:

a) Suministrar toda clase de información sobre instalaciones, productos o servicios, permitiendo su comprobación por los inspectores.
b) Facilitar que se obtenga copia o reproducción de la documentación.
c) Permitir que se practique la oportuna prueba o toma de muestras gratuita de los productos o mercancías en las cantidades necesarias.
d) Y, en general, a consentir y facilitar la realización de la inspección.

Sección 2.ª Infracciones y sanciones

Artículo 38. *Infracciones y sanciones.*

1. Constituyen infracciones en materia de sanidad vegetal las tipificadas en el Título IV de la Ley 43/2002, de 20 de noviembre, de Sanidad Vegetal. Las sanciones, su graduación y las sanciones accesorias serán igualmente las establecidas en dicha Ley.
2. Además de las tipificadas en la Ley 43/2002, de 20 de noviembre, de Sanidad Vegetal, constituyen infracción:

a) Las coacciones, amenazas, injurias, represalias, agresiones o cualquier otra forma de presión a las personas encargadas de las funciones de control, siempre que no sean constitutivas de delito o falta, que tendrán la calificación de muy graves.
b) Cualquier acción u omisión que infrinja lo establecido en la presente Ley Foral y, que no esté tipificada en la Ley 43/2002, que tendrá la calificación de leve.

Artículo 39. *Responsabilidad por infracciones.*

1. Se consideran responsables de las infracciones tipificadas en la presente Ley Foral a quienes, por acción u omisión, las cometan, aun a título de simple inobservancia.
2. De las infracciones en productos envasados y debidamente precintados, será responsable la persona física o jurídica cuyo nombre o razón social figure en la etiqueta, salvo que se demuestre su falsificación o mala conservación del producto por el tenedor, siempre que sean conocidas o se especifiquen en el envase las condiciones de conservación.
3. De las infracciones cometidas en productos a granel o sin los precintos de origen, será responsable el tenedor de los mismos, excepto cuando éste pueda identificar y probar la responsabilidad de un tenedor anterior.
4. En cualquier caso, si el presunto responsable prueba que la infracción se ha producido por información errónea, o por falta de información reglamentariamente exigida, y que es otra persona identificada la responsable de dicha información, la infracción será imputada a esta última.

5. Cuando una infracción sea imputada a una persona jurídica, podrán ser considerados también como responsables subsidiarios los administradores o quienes ostenten la representación legal, de acuerdo con las disposiciones legales o estatutarias que les resulten de aplicación, que no realicen los actos necesarios que sean de su incumbencia para el cumplimiento de las obligaciones infringidas, adopten acuerdos que hagan posibles los incumplimientos o consientan el de quienes de ellos dependan.

Artículo 40. *Competencia sancionadora.*

La competencia para el ejercicio de la potestad sancionadora corresponde al Consejero competente por razón de la materia, quien la ejercerá de acuerdo con el procedimiento establecido reglamentariamente. No obstante, se podrá desconcentrar la titularidad y el ejercicio de la competencia sancionadora en el Director General competente por razón de la materia.

Artículo 41. *Prescripción de las infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones a la normativa sobre sanidad vegetal prescriben: la leves, al año; las graves, a los dos años; y las muy graves, a los tres años.
2. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse desde el día en que la infracción se hubiera cometido y se interrumpirá por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador, reanudándose dicho plazo si el expediente estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.
3. En las infracciones derivadas de una actividad continuada, la fecha inicial del cómputo de la prescripción será la de finalización de la actividad o la del último acto con el que la infracción se consuma.
4. Las sanciones impuestas por infracciones leves prescribirán al año; las graves, a los dos años, y las muy graves, a los tres años. Estos plazos comenzarán a contarse desde el día siguiente a aquél en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción.
5. Interrumpirá la prescripción de la sanción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento de ejecución, volviendo a transcurrir el plazo si aquél está paralizado durante más de un mes, por causa no imputable al infractor.

Artículo 42. *Medidas sin carácter de sanción.*

1. No tendrán carácter de sanción:

a) La clausura o cierre de empresas, de instalaciones, explotaciones, locales o medios de transporte que no cuenten con las autorizaciones o registros preceptivos, o la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se rectifiquen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos para su autorización.
b) La destrucción de un lote o reenvío de vegetales, productos vegetales u otros materiales, cuando exista sospecha fundada o evidencia de estar contaminados por una plaga de especial peligrosidad o constituyan un riesgo para la sanidad vegetal, la salud pública, la sanidad animal o el medio ambiente.

2. El órgano competente para imponer estas medidas es el Consejero competente por razón de la materia.

Sección 3.ª Medios de ejecución

Artículo 43. *Multas coercitivas.*

1. En el caso de que los afectados no ejecuten las obligaciones establecidas en la presente Ley Foral o las medidas a que se hace referencia en los artículos 15 y 34, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá requerirles para que en un plazo suficiente procedan al cumplimiento de aquéllas, con apercibimiento de que, en caso contrario, se impondrá una multa coercitiva, con señalamiento de su cuantía en cada caso y hasta un máximo de 3.000 euros.

2. En caso de incumplimiento se podrán efectuar requerimientos sucesivos incrementando la multa coercitiva en el 20 por 100 de la acordada en el requerimiento anterior.

3. Los plazos concedidos deberán ser suficientes para poder realizar la medida de que se trate y para evitar los daños que se pueden producir de no ejecutar la medida a su debido tiempo.

Artículo 44. *Ejecución subsidiaria.*

En el caso de que los afectados no ejecuten en el debido tiempo y forma las medidas u obligaciones a que vengan obligados en virtud de la presente Ley Foral, o cuando el Departamento competente considere necesario actuar de inmediato, se procederá a ejecutarlas, con sus propios medios o utilizando servicios ajenos, a costa del obligado, cuyo importe podrá serle exigido por vía de apremio, con independencia de las sanciones o multas coercitivas a que hubiera lugar.

Disposición adicional única. *Comisión de Sanidad Vegetal.*

La Administración de la Comunidad Foral de Navarra creará una comisión en materia de sanidad vegetal con la composición y funciones que se determinen reglamentariamente.

Disposición derogatoria única. *Disposiciones derogadas.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en esta Ley Foral.

Disposición final primera. *Autorizaciones reglamentarias.*

Se autoriza al Gobierno de Navarra a dictar las disposiciones reglamentarias que sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta Ley Foral.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

Esta Ley Foral entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra.

§ 12

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía

Comunidad Autónoma de Andalucía
«BOJA» núm. 74, de 4 de julio de 1998
«BOE» núm. 185, de 4 de agosto de 1998
Última modificación: 28 de junio de 2024
Referencia: BOE-A-1998-18720

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 Salud de Andalucía.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 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; asimismo, y a través de las previsiones contenidas en el título VIII, organiza las atribuciones y competencias del Estado sobre la base de la institucionalización de las Comunidades Autónomas. En este orden, 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 Española, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.

II

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, norma básica dictada por el Estado en uso de las competencias que le reserva el artículo 149.1.16 del Texto Constitucional, con la finalidad de hacer efectivo el citado precepto constitucional, establece las bases ordenadoras para la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de los 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. 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, dentro del ámbito de sus competencias, a adoptar medidas de intervención sanitaria excepcionales cuando así lo exijan razones de urgencia o necesidad, la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que tiene por objeto el 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, y, más recientemente, con la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, y la Ley 16/1997, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia.

III

Andalucía alcanzó la titularidad de las competencias sanitarias con la promulgación de su Estatuto de Autonomía. En su virtud, la Ley 8/1986, de 6 de mayo, crea el Servicio Andaluz de Salud, organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía, responsable de la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud dependientes de la Junta de Andalucía.

En consecuencia, Andalucía ha ido desarrollando a lo largo de los años un Sistema Sanitario Público de Salud que se ha consolidado como el garante del derecho de nuestros ciudadanos a la protección de la salud, de forma universalizada y equitativa, sin que nadie se vea discriminado por razones económicas, sociales, raciales, geográficas, o por cualquier otra circunstancia. El esfuerzo realizado por la sociedad andaluza, en este campo, ha contribuido a una mejora indudable y comprobada de los niveles de salud de la población, alcanzando estándares comparables e incluso superiores a otras regiones del Estado y a otros países de nuestro entorno político y socio-económico.

El conjunto de dispositivos agrupados dentro del Servicio Andaluz de Salud configuran hoy día la más importante red de atención sanitaria de Andalucía, tanto en lo que se refiere a la atención primaria de salud, la asistencia hospitalaria, la salud pública y, en general, en el conjunto de prestaciones sanitarias puestas a disposición del pueblo andaluz. Esta red, junto con las empresas públicas constituidas, conforma una atención sanitaria pública que conviene mantener, ampliar y potenciar de forma progresiva, como uno de los elementos indiscutibles para el bienestar de la población andaluza.

IV

En el tiempo transcurrido desde la creación del Servicio Andaluz de Salud se han producido importantes cambios en la sociedad española y andaluza, que, con la plena integración de España en la Unión Europea, y el proceso de convergencia económica y de cohesión social, se ha implicado en profundidad en el debate que envuelve a los países europeos en torno a los sistemas de protección social. Los cambios demográficos progresivos hacia un aumento de la esperanza de vida y un envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades y los cambios en la prevalencia de otras, la introducción permanente de nuevas tecnologías médicas, la implantación progresiva de la sociedad global de la información en Europa, y una creciente preocupación por los costes y la financiación de las prestaciones públicas, han configurado un escenario para la sanidad en el que las principales prioridades se concentran en modernizar los aparatos administrativos y asistenciales en orden a conseguir una mayor eficacia de su actuación, una mayor eficiencia, una mayor motivación e incentivación profesional y una mejor adaptación a los deseos y necesidades de los ciudadanos andaluces. Todo ello, bajo los principios de mayor participación de los profesionales en la gestión de los recursos asistenciales y de mayor control social.

La adaptación estructural del Sistema Nacional de Salud a estos cambios aconseja profundizar en el desarrollo del cuerpo legislativo de la sanidad, en particular desde las Comunidades Autónomas que han asumido competencias estatutarias en materia de sanidad, con el objetivo de armonizar la garantía de los derechos ciudadanos en la materia y de vertebrar adecuadamente la estructura organizativa del conjunto del Sistema.

Se hace necesario, en este marco, reforzar y reagrupar las competencias sanitarias atribuidas a la Consejería de Salud, reforzando su papel como autoridad sanitaria, y por tanto, como garante del derecho de los andaluces a la protección de la salud. Esto permite

acomodar mejor la distribución de funciones y responsabilidades en el conjunto de la sanidad pública andaluza diferenciando claramente lo que son funciones propias de la Consejería de Salud (autoridad sanitaria, planificación, aseguramiento, financiación, asignación de recursos, ordenación de prestaciones, concertación de servicios ajenos e inspección) de las de gestión y provisión de recursos, más propias de los organismos, entes y entidades dedicados exclusivamente a la asistencia sanitaria.

Todo ello, con la progresiva descentralización de funciones y responsabilidades, permitirá ir configurando un nuevo marco de ordenación específico para la sanidad pública andaluza, más flexible, generador de innovaciones, más motivador para los gestores y profesionales sanitarios y más adaptable a los constantes cambios que nos demanda la sociedad andaluza.

V

La necesidad objetivada de este nuevo marco de regulación y ordenación, junto al hecho, consignado en la propia exposición de motivos de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, de creación del Servicio Andaluz de Salud, que la define como una ley instrumental y no sustantiva, que se limita a conformar la estructura orgánica prevista para la adecuada gestión del Servicio, dejando el legislador pendiente aspectos tan importantes como el de los derechos y deberes de los usuarios, las responsabilidades de las diferentes Administraciones Públicas y la participación social, aconsejan acometer una ley sustantiva de salud para Andalucía.

Mediante la presente Ley se pretende, superando el carácter estructural de la Ley 8/1986, consolidar un marco más amplio para la protección de la salud de los ciudadanos andaluces, concretar el marco competencial en el seno de la Administración local, regular el ámbito de actuación y relación con el sector privado y consolidar las bases de la actuación sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, proporcionando un nuevo marco, más acorde con las circunstancias actuales y futuras, al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

VI

La presente Ley tiene, por tanto, como objeto principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía, todo ello bajo los principios de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización, financiación pública, equidad, superación de las desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión, participación de ciudadanos y de los profesionales, mejora de la calidad en los servicios y utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios que sean necesarios para la consecución de sus objetivos.

Conforme a estos postulados, la Ley, en su Título I, establece la universalización de la atención sanitaria, garantizando la misma a todos los ciudadanos de Andalucía sin discriminación alguna.

A continuación, en el Título II, completa y desarrolla los contenidos de la Ley General de Sanidad sobre los derechos y obligaciones de los ciudadanos ante los servicios sanitarios, ampliando las facultades de libre elección del ciudadano a la libre elección de médico, profesional sanitario, servicio y centro sanitario en los términos que reglamentariamente se establezcan, así como al derecho a la segunda opinión y al acceso a la información relacionada con su estado de salud. Este cuadro de derechos se completa con el derecho al disfrute de un medio ambiente favorable a la salud, en el marco de las normativas que las diferentes Administraciones Públicas desarrollan.

Este marco legislativo, dedicado directa y principalmente al ciudadano, se completa con el Título III, dedicado a la participación de los mismos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, definiendo al Consejo Andaluz de Salud como el máximo órgano de participación social en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución y sentando las bases legislativas para el desarrollo de los correspondientes órganos territoriales de

participación social, reforzando el papel que vienen desempeñando las centrales sindicales y las organizaciones empresariales, así como las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía.

Seguidamente, el Título IV de la Ley de Salud se dedica a sentar los criterios y principios generales de actuación en materia de salud, incluidos los aspectos orientados al ejercicio de las competencias que la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, atribuye a las Administraciones sanitarias en materia de salud laboral, y orientando claramente las actuaciones a la potenciación de la capacidad de intervención pública en los aspectos que afectan a la salud colectiva, a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, de forma integrada con las actuaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Este marco general se complementa con el Título V, que define al Plan Andaluz de Salud como el marco de referencia e instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía, establece sus contenidos mínimos y determina sus criterios de aplicación descentralizada en el territorio.

El Título VI aborda la definición y distribución de las competencias y funciones sanitarias en el ámbito de las Administraciones Públicas de Andalucía, completando y substanciando las previsiones contenidas en la Ley General de Sanidad. Aquí es de destacar la potenciación del papel de los municipios en el marco de las competencias que legalmente le están ya atribuidas, posibilitando su participación y corresponsabilidad en los ámbitos de gestión y provisión de servicios sanitarios. Conforme a las previsiones legislativas y estatutarias vigentes, la Administración de la Junta de Andalucía se reserva el ejercicio de las potestades normativas y reglamentarias de administración y gobierno en materia de sanidad interior, higiene y salud pública, asistencia y prestaciones sanitarias y ordenación farmacéutica, así como la función de fijación de directrices y los criterios generales de la política de salud, planificación y asistencia sanitaria.

A la Ordenación Sanitaria en Andalucía se dedica el Título VII de la Ley aportando, como novedad importante, la substanciación del concepto de Sistema Sanitario Público de Andalucía. El Sistema Sanitario Público de Andalucía es concebido 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, la prevención y la atención sanitaria. Junto a esto se definen sus características fundamentales que dejan absolutamente clara y sin resquicio alguno la voluntad del legislador de reforzar la coordinación, la tutela y el control público del Sistema. La universalización de la asistencia sanitaria, la financiación pública, el uso preferente de los recursos sanitarios públicos y la prestación de una atención integral y de calidad son los elementos fundamentales que garantizan la efectividad de los principios inspiradores de esta Ley en el marco definido para el Sistema Nacional de Salud. Este concepto permite reforzar la unidad de la Asistencia Sanitaria Pública con independencia de la diversidad de organismos de provisión que en ella están interactuando y consolida un nuevo marco regulador para nuestra sanidad manteniéndose el Servicio Andaluz de Salud como principal organismo responsable de la provisión de los servicios sanitarios públicos. En el capítulo VI se detallan los principales aspectos de organización y funcionamiento del Servicio Andaluz de Salud, dejando los aspectos más estructurales y de organización interna relegados al ámbito de la actuación reglamentaria del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía en tanto que son elementos instrumentales para alcanzar los objetivos que pretende y, por tanto, deben estar sujetos a los cambios en el tiempo que sean precisos para adaptar mejor el Sistema Sanitario Público a las aspiraciones de los ciudadanos.

Por último, se detallan en este Título los aspectos generales que definen el espacio de colaboración de la iniciativa privada con el Sistema Sanitario Público, destacándose aquí el papel de complementariedad que debe jugar en un marco de optimización de los recursos sanitarios públicos y de adecuada coordinación.

Los Títulos VIII y IX se dedican, el primero de ellos a la docencia e investigación sanitarias, potenciando el papel de los profesionales sanitarios y la capacidad de la Administración Pública para fomentar estas actividades como elementos de modernización y progreso para la Sanidad Pública, y el segundo, a la financiación del Sistema Sanitario Público. El esquema que adopta la Ley para establecer las fuentes de financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía es coherente con el principio de financiación pública

previamente definido, garantizando el acceso a las prestaciones sanitarias de forma gratuita en el momento de su utilización, sin perjuicio de lo dispuesto en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación en el Sistema Nacional de Salud, y en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, pero no lo agota desde un punto de vista normativo. Quedan pendientes aspectos tan importantes como el establecimiento del modelo definitivo de financiación de la Sanidad Pública Andaluza, lo que orienta hacia la necesidad de acometer una ley específica de financiación sanitaria, que dé un marco amplio y estable para el desarrollo futuro del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

VII

En definitiva, la Ley de Salud de Andalucía es una norma que consolida y refuerza la existencia de un Sistema Sanitario Público, de aseguramiento y financiación públicos, universal, integral, solidario y equitativo, a la vez que pone las bases reguladoras para una ordenación sanitaria eficaz, que tenga en cuenta todos los recursos y que sea socialmente eficiente, lo que refuerza la vocación pluralista de la ley y su carácter de perdurabilidad, dejando claramente establecidos los principios nucleares que caracterizan a un Sistema Sanitario Público sin fisuras y al servicio de las necesidades y deseos de todos los andaluces.

TÍTULO I

Disposiciones generales

CAPÍTULO ÚNICO

Objeto, principios y alcance

Artículo 1.

La presente Ley tiene por objeto:

1. La regulación general de las actuaciones, que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, previsto en la Constitución Española.
2. La definición, el respeto y el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en Andalucía.
3. La ordenación general de las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas en Andalucía.

Artículo 2.

Las actuaciones sobre protección de la salud, en los términos previstos en la presente Ley, se inspirarán en los siguientes principios:

1. Universalización y equidad en los niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. Consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios.
3. Concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, educación sanitaria, prevención, asistencia y rehabilitación.
4. Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos.
5. Planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria.
6. Descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios.
7. Participación de los ciudadanos.
8. Participación de los trabajadores del sistema sanitario.
9. Promoción del interés individual y social por la salud y por el sistema sanitario.
10. Promoción de la docencia e investigación en ciencias de la salud.

11. 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.
12. Utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios.

Artículo 3.

Sin perjuicio de lo previsto en los artículos 1 y 16 de la Ley General de Sanidad, son titulares de los derechos, que, esta Ley y la restante normativa reguladora del Sistema Sanitario Público de Andalucía, efectivamente defina y reconozca como tales, los siguientes:

1. Los españoles y los extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Andalucía.
2. Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía, que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación estatal.
3. Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
4. Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos por el Estado español.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo, se garantizará a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencia.

Artículo 4.

1. Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía serán, como mínimo, las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.
2. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que superen las establecidas en el apartado anterior, será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, y llevará asociada la correspondiente financiación.

Artículo 5.

La actuación sanitaria de la Administración Pública de la Junta de Andalucía se regirá, a efectos de esta Ley, por los principios de planificación, participación, cooperación y coordinación con el resto de las actuaciones de la misma y con las demás Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma, sin perjuicio del respeto a las competencias atribuidas a cada una de ellas.

TÍTULO II

De los ciudadanos

CAPÍTULO I

Derechos de los ciudadanos

Artículo 6.

1. Los ciudadanos, al amparo de esta Ley, son titulares y disfrutan, con respecto a los servicios sanitarios públicos en Andalucía, de los siguientes derechos:

a) A las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.
b) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por razón alguna.
c) A la información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.
d) A la información sobre los servicios y prestaciones sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

e) A disponer de información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos.

f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en cualquier centro sanitario.

g) A ser advertidos de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y tratamiento que se les apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.

En todo caso, será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

h) 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.

i) A que se les extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando así lo soliciten.

j) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso. Al finalizar la estancia en una institución sanitaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.

k) Al acceso a su historial clínico.

l) A la libre elección de médico, otros profesionales sanitarios, servicio y centro sanitario en los términos que reglamentariamente estén establecidos.

m) A que se les garantice, en el ámbito territorial de Andalucía, que tendrán acceso a las prestaciones sanitarias en un tiempo máximo, en los términos y plazos que reglamentariamente se determinen.

n) A que se les asigne un médico, cuyo nombre se les dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

ñ) 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 es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, lo dispuesto en su declaración de voluntad vital anticipada y, si no existiera esta, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a ella.

o) A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos en que reglamentariamente esté establecido.

p) A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el epígrafe ñ) 1.º de este artículo y previo cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8, apartado 6 de esta Ley.

q) A la participación en los servicios y actividades sanitarios, a través de los cauces previstos en esta Ley y en cuantas disposiciones la desarrollen.

r) A la utilización de las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias, así como a recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente estén establecidos.

s) A disponer, en todos los centros y establecimientos sanitarios, de una carta de derechos y deberes por los que ha de regirse su relación con los mismos.

2. 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 a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación básica del Estado, los niños, en relación con los servicios de salud de Andalucía, disfrutarán de todos los derechos generales contemplados en la presente Ley y de los derechos específicos contemplados en el artículo 9 de la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor.

4. Los enfermos mentales, sin perjuicio de los derechos señalados en los apartados anteriores y de conformidad con lo previsto en el Código Civil, tendrán los siguientes derechos:

a) A que por el centro se solicite la correspondiente autorización judicial en los supuestos de ingresos involuntarios sin autorización judicial previa, y cuando, habiéndose producido voluntariamente el ingreso, desapareciera la plenitud de facultades del paciente durante el internamiento.
b) A que por el centro se reexamine, al menos trimestralmente, la necesidad del internamiento forzoso. De dicho examen periódico se informará a la autoridad judicial correspondiente.

5. Sin perjuicio de la libertad de empresa y respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en el apartado 1, epígrafes b), d), e), f), g), h), i), j), k), n), ñ), o), p), q), r), s), y en los apartados 3 y 4 del presente artículo, rigen también en los servicios sanitarios de carácter privado y son plenamente ejercitables.

Artículo 7.

Los ciudadanos al amparo de esta Ley tendrán derecho al disfrute de un medio ambiente favorable a la salud. Las Administraciones Públicas adoptarán las medidas necesarias para ello, de conformidad con la normativa vigente.

CAPÍTULO II

Obligaciones de los ciudadanos respecto a los servicios de salud

Artículo 8.

Los ciudadanos, respecto de los servicios sanitarios en Andalucía, 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, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6, apartado 1, epígrafes ñ) y p).
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de los centros.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos ofrecidos por el sistema de salud, 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 les 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 tratamiento sugerido.

CAPÍTULO III

Efectividad de los derechos y deberes

Artículo 9.

1. La Administración de la Junta de Andalucía garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a los servicios sanitarios en Andalucía, y sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, su organización, procedimientos de acceso, uso y disfrute, y demás datos de utilidad.
2. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía garantizará a los ciudadanos el pleno ejercicio del régimen de derechos y obligaciones recogidos en esta Ley, para lo que

establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de las condiciones de las mismas.

3. 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 y con los requisitos previstos expresamente en la legislación vigente.

Artículo 10.

Los centros y establecimientos sanitarios, públicos y privados, deberán disponer y, en su caso, tener permanentemente a disposición de los usuarios:

1. Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
2. Formularios de sugerencias y reclamaciones.
3. Personal y locales bien identificados para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público.

TÍTULO III

Participación de los ciudadanos

CAPÍTULO I

El Consejo Andaluz de Salud

Artículo 11.

El Consejo Andaluz de Salud es el órgano colegiado de participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución, asesorando en esta materia a la Consejería de Salud en el ejercicio de las funciones de fomento y desarrollo de la participación ciudadana.

Artículo 12.

Corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la regulación reglamentaria de la organización, composición, funcionamiento y atribuciones del Consejo Andaluz de Salud, que se ajustará a criterios de participación democrática de todos los interesados, garantizando, en todo caso, la participación de las Administraciones locales, de los sindicatos, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical, de las organizaciones empresariales más representativas a nivel de Andalucía, así como de los colegios profesionales y de las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía.

CAPÍTULO II

De la participación territorial

Artículo 13.

1. En cada área de salud se establecerá un Consejo de Salud del Área, como órgano colegiado de participación ciudadana, con la finalidad de hacer el seguimiento en su ámbito de la ejecución de la política sanitaria y de asesorar a los órganos correspondientes a dicho nivel de la Consejería de Salud.

2. Corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la regulación reglamentaria de los Consejos de Salud de Área, que se ajustará a los criterios de participación democrática de todos los interesados, garantizando, en todo caso, la participación de las Administraciones locales, de los sindicatos y de las organizaciones empresariales más representativos del sector a nivel de Andalucía, de los colegios

profesionales del sector sanitario correspondiente al territorio del área respectiva y de las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía.

Artículo 14.

1. Por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía se podrán establecer órganos de participación ciudadana a otros niveles de la organización territorial y funcional del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con la finalidad de hacer el seguimiento de la ejecución de las directrices de la política sanitaria, asesorar a los correspondientes órganos directivos e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud y en la toma de decisiones de aspectos que afectan a su relación con los servicios sanitarios públicos.
2. Corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la regulación reglamentaria de los órganos de participación a que hace referencia el apartado anterior, y que se ajustará a los criterios de participación democrática de todos los interesados, y cuya composición se establecerá, en cada caso, en función de su naturaleza y su ámbito de actuación.

TÍTULO IV

De las actuaciones en materia de salud

CAPÍTULO I

Salud pública

Artículo 15.

La Administración Sanitaria Pública de Andalucía, a través de los recursos y medios de que dispone el Sistema Sanitario Público de Andalucía y de los organismos competentes en cada caso, promoverá el desarrollo de las siguientes actuaciones relacionadas con la salud pública:

1. Atención al medio 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 posibles repercusiones sobre la salud.
2. El control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimenticios, en toda la cadena alimentaria hasta su destino final para el consumo.
3. El control sanitario y la prevención de las antropozoonosis.
4. Promoción y mejora de la salud mental.
5. Vigilancia e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como la recopilación, elaboración, análisis y difusión de estadísticas vitales y registros de morbimortalidad que se establezcan.
6. Colaboración con la Administración del Estado en la farmacovigilancia y control de las reacciones adversas a los medicamentos, y en el control sanitario de otros productos de utilización diagnóstica, terapéutica o auxiliar que puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.
7. Educación para la salud de la población, como elemento primordial para contribuir a la mejora de la salud individual y colectiva.
8. Promoción de estilos de vida saludables entre la población, así como promoción de la salud y prevención de las enfermedades en los grupos de mayor riesgo.
9. Fomento de la formación e investigación científica en materia de salud pública.

CAPÍTULO II

Salud laboral

Artículo 16.

La Administración Sanitaria Pública de Andalucía 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, y en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 17.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo anterior, corresponderá en particular a la Administración Sanitaria Pública de Andalucía:

1. 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, establecerán las pautas y protocolos de actuación, oídas las sociedades científicas, a los que deberán someterse los citados servicios.
2. La implantación de sistemas de información adecuados, que permitan la elaboración, junto con las autoridades laborales competentes, 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.
3. 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.
4. La elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionados con la salud de los trabajadores.

CAPÍTULO III

Asistencia sanitaria

Artículo 18.

La Administración Sanitaria Pública de la Comunidad Autónoma, a través de los recursos y medios de que dispone el Sistema Sanitario Público de Andalucía, desarrollarán 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 asistencia especializada, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo en los dispositivos públicos de atención socio-sanitaria.
2. Atención a los problemas de 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 psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias.
3. La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos y diagnósticos necesarios para promover, conservar o restablecer la salud, con el alcance que se define en el artículo 4 de la presente Ley.
4. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.
5. 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 y posgrado.
6. El fomento y participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud.

CAPÍTULO IV

Intervención pública en materia de salud

Artículo 19.

La Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, 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 especiales de riesgo contemplados en el artículo 6, apartado 2 de esta Ley, 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, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.
4. Establecer las normas y criterios para la autorización y registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Andalucía, tanto públicos como privados. La autorización sanitaria incluirá también la homologación. En todo caso, los requisitos exigidos para la autorización de funcionamiento serán los mismos que los exigidos para la homologación.
5. Otorgar la autorización administrativa previa para la instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones en la estructura y régimen inicial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Andalucía, cualquiera que sea su nivel y categoría o titular.
6. Inspeccionar y controlar los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Andalucía, así como sus actividades de promoción y publicidad. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios, a que hace referencia el artículo 45 de la presente Ley, quedarán sometidos, además, a la evaluación de sus actividades y funcionamiento en los términos que reglamentariamente se establezcan.
7. Establecimiento de 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. Establecimiento de criterios generales, normas y directrices para el ejercicio de la policía sanitaria mortuoria.
9. El ejercicio de cuantas competencias o funciones le vengan atribuidas por normas legales o reglamentarias.

Artículo 20.

Asimismo, serán objeto de evaluación, seguimiento e intervención por parte de las autoridades sanitarias en materia de asistencia sanitaria individual:

1. La satisfacción de las prestaciones sanitarias, por parte de los centros, establecimientos y servicios, del personal y de las entidades aseguradoras y colaboradoras.
2. La satisfacción de los derechos reconocidos por esta Ley a los ciudadanos en el ámbito de la misma.
3. El cumplimiento por parte de los ciudadanos 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 adscritos funcionalmente al Sistema Sanitario Público de Andalucía.
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. En general, toda actividad sanitaria del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, de Andalucía, respecto al cumplimiento de las normas sanitarias asistenciales.

Artículo 21.

1. Las Administraciones Públicas de Andalucía, 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 22.

En el ámbito de Andalucía, son órganos con competencia sanitaria el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, el Consejero de Salud y demás órganos de la Consejería de Salud, y los Alcaldes, de acuerdo con la legislación del régimen local y lo establecido en esta Ley.

Artículo 23.

1. El personal que lleve a cabo funciones de inspección gozará de la consideración de agente de la autoridad a todos los efectos, y con sometimiento a las leyes, estando 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) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de la normativa vigente.

c) Tomar o sacar muestras, en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en las disposiciones aplicables.

d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas, en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrolle, pudiendo adoptar las medidas cautelares provisionales necesarias a fin de evitar perjuicios para la salud en casos de urgente necesidad, conforme a lo que establece el artículo 21, apartado 2 de la presente Ley. 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 hacen prueba, salvo que se acredite lo contrario, de los hechos que motiven su formulación y resulten de su constancia personal para los actuarios.

Los hechos consignados en las diligencias o actas y manifestados o aceptados por los interesados se presumen ciertos y sólo podrán rectificarse por éstos mediante prueba de que incurrieron en error de hecho.

3. 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.

CAPÍTULO V

Infracciones y sanciones

Artículo 24.

1. Constituyen infracciones sanitarias las que se encuentren tipificadas en las vigentes normas estatales y autonómicas, y en la presente Ley.
2. La clasificación de las infracciones y sus criterios se atendrá a lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en el Título IX de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Artículo 25.

1. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 35 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se tipifican como infracciones sanitarias graves las siguientes:

a) Dificultar o impedir el disfrute de cualesquiera de los derechos reconocidos en el Título II de la presente Ley a los ciudadanos, respecto a los servicios sanitarios públicos o privados.
b) Incumplir las normas relativas a autorización, calificación, acreditación, homologación y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
c) Incumplir las normas relativas al registro, cumplimentación, notificación y envío de los datos y estadísticas sanitarios, que reglamentariamente estén establecidos por las autoridades sanitarias para los centros, servicios y establecimientos, públicos y privados.
d) Destinar ayudas o subvenciones públicas a finalidades distintas de aquellas para las que se otorgaron.

2. Las infracciones sanitarias, tipificadas en el apartado anterior, podrán calificarse de muy graves en función de la importancia del daño producido para los usuarios, la relevancia para la salud pública de la alteración sanitaria ocasionada, la cuantía del posible beneficio obtenido, la intencionalidad, o 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.

Artículo 26.

1. Conforme a lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en los supuestos en que las infracciones pudiesen ser constitutivas de delito, la autoridad sanitaria pasará el tanto de culpa a la jurisdicción competente y se abstendrá de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme.
2. De no haberse estimado la existencia de delito, la Administración continuará el procedimiento sancionador, con respecto a los hechos que los tribunales hayan considerado probados.
3. Las medidas administrativas que hubieren sido adoptadas para salvaguardar la salud y seguridad de las personas se mantendrán en tanto la autoridad judicial se pronuncie sobre las mismas.

Artículo 27.

1. Las infracciones sanitarias serán sancionadas con las multas y demás medidas previstas en el artículo 36, apartados 1 y 2, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Los órganos competentes, en el ámbito de sus respectivas competencias, para la imposición de multas serán los siguientes:

a) Los Alcaldes, hasta 2.500.000 pesetas.
b) El Consejero de Salud, hasta 25.000.000 de pesetas.
c) El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, para las multas superiores a 25.000.000 de pesetas.

3. Las competencias previstas en el apartado anterior podrán ser objeto de desconcentración, en órganos inferiores, en el seno de las respectivas Administraciones.

4. La Administración de la Junta de Andalucía podrá actuar en sustitución de los municipios, en los supuestos y con los requisitos previstos en la legislación de régimen local.

Artículo 28.

Una vez iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar, mediante acuerdo motivado, como medidas provisionales que resulten necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer y, en todo caso, para asegurar el cumplimiento de la legalidad y salvaguardia de la salud pública, entre otras, las siguientes medidas provisionales:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.
b) La clausura de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.
c) La exigencia de fianza.

Artículo 29.

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 rectifiquen 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 carácter de sanción.

TÍTULO V

El Plan Andaluz de Salud

Artículo 30.

Las líneas directivas y de planificación de actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar la finalidad expresada en el objeto de la presente ley constituirán el Plan Andaluz de Salud, que será el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía. La vigencia será fijada en el propio plan.

Artículo 31.

1. La elaboración del Plan Andaluz de Salud corresponde a la Consejería de Salud, que establecerá sus contenidos principales, metodología y plazo de su elaboración, así como los mecanismos de evaluación y revisión.

2. En particular, el Plan Andaluz de Salud contemplará:

a) Conclusiones del análisis de los problemas de salud de la Comunidad Autónoma y de la situación de los recursos existentes.
b) Objetivos de salud, generales y por áreas de actuación.
c) Prioridades de intervención.
d) Definición de las estrategias y políticas de intervención.
e) Calendario general de actuación.
f) Los recursos necesarios para atender el cumplimiento de los objetivos propuestos y evaluación de los mismos.

Artículo 32.

El Plan Andaluz de Salud será aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, a propuesta del Consejero de Salud, remitiéndose al Parlamento de Andalucía para su conocimiento y estudio.

Artículo 33.

De conformidad con los criterios y pautas que establezca el Plan Andaluz de Salud, y teniendo en cuenta las especificidades de cada territorio, se elaborarán planes de salud específicos por los órganos correspondientes de cada una de las áreas de salud. Dichos planes serán aprobados por la Consejería de Salud.

TÍTULO VI

De las Administraciones Públicas

CAPÍTULO I

Principio general

Artículo 34.

Es función de las Administraciones Públicas 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.

CAPÍTULO II

Competencias de la Administración de la Junta de Andalucía

Artículo 35.

La Administración de la Junta de Andalucía ejercerá las competencias que tiene atribuidas en materia de sanidad interior, higiene y salud pública, asistencia y prestaciones sanitarias y ordenación farmacéutica, de acuerdo con lo previsto en el Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Artículo 36.

La Consejería de Salud, en el marco de la acción política fijada por el Consejo de Gobierno, ejercerá las funciones de ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud, planificación y asistencia sanitaria, asignación de recursos a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios y aquellas otras competencias que le estén atribuidas por la legislación vigente.

Artículo 37.

La Consejería de Salud cooperará con los municipios prestándoles el apoyo técnico preciso para el ejercicio de las competencias en materia de salud pública que esta Ley les atribuye, y, en su caso, podrá intervenir de forma subsidiaria, conforme a lo previsto en la normativa vigente en materia de régimen local.

CAPÍTULO III

Competencias sanitarias de los municipios

Artículo 38.

Los municipios de Andalucía, al amparo de la presente Ley, tendrán las siguientes competencias sanitarias, que serán ejercidas en el marco de los planes y directrices de la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía:

1. En materia de salud pública, los municipios ejercerán las competencias que tienen atribuidas, según las condiciones previstas en la legislación vigente de régimen local. No obstante, los municipios, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones

Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades en relación al obligado cumplimiento de las normas y los planes sanitarios:

a) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, ruidos, abastecimiento y saneamiento de aguas, residuos sólidos urbanos.
b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, y transportes.
c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas y campamentos turísticos y áreas de actividad física, deportiva y de recreo.
d) 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.
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.

2. En materia de participación y gestión sanitaria, los municipios podrán:

a) Participar en los órganos de dirección y/o 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 colaboración o no de los municipios podrá significar desequilibrios territoriales o desigualdad en los niveles asistenciales.
c) En el caso de disponer de centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad municipal, establecer con la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, cuando así se acuerde por ambas partes, 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) Participar, en la forma en que se determine reglamentariamente, en la elaboración de los planes de salud de su ámbito.

Artículo 39.

Los municipios, para el cumplimiento de las competencias y funciones sanitarias de las que son titulares, adoptarán disposiciones de carácter sanitario que serán de aplicación en su ámbito territorial.

Artículo 40.

1. Cuando el desarrollo de las funciones sanitarias lo requiera, los municipios podrán disponer de personal y servicios sanitarios propios para el ejercicio de sus competencias.
2. Los municipios donde el desarrollo de tales funciones no justifique que dispongan de personal y servicios propios deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén comprendidos.

Artículo 41.

El personal sanitario de la Administración de la Junta de Andalucía, que preste apoyo a los municipios en los asuntos relacionados en este capítulo, 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.

Artículo 42.

El Gobierno de Andalucía podrá delegar en los municipios el ejercicio de cualesquiera funciones en materia sanitaria, en las condiciones previstas en la legislación de régimen

local y en la Ley 3/1983, de 1 de junio, de Organización Territorial de la Comunidad Autónoma.

TÍTULO VII

De la ordenación sanitaria

CAPÍTULO I

El Sistema Sanitario Público de Andalucía

Artículo 43.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía es el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

Artículo 44.

1. El Sistema Sanitario Público de Andalucía integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud.
2. El Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el marco de las actuaciones del Sistema Nacional de Salud, tendrá como características fundamentales:

a) La extensión de sus servicios a toda 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 procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

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.

Artículo 46.

La dirección y coordinación de las actividades, servicios y recursos del Sistema Sanitario Público de Andalucía corresponden a la Consejería de Salud, quien garantizará la integración y la coordinación del mismo en orden a posibilitar la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones bajo los principios de aseguramiento único y financiación pública.

CAPÍTULO II

Organización territorial de los servicios sanitarios

Artículo 47.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía se organiza en demarcaciones territoriales denominadas áreas de salud, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socio-económicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, ambientales, de vías y medios de comunicación homogéneos, así como de instalaciones sanitarias existentes y teniendo en cuenta la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía.

Artículo 48.

1. El área de salud constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la accesibilidad a los servicios del usuario.
2. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, a propuesta del Consejero de Salud, aprobará y modificará los límites territoriales de las áreas de salud, de conformidad con los principios y derechos referenciados en la presente Ley.
3. Reglamentariamente se determinará la estructura y funcionamiento de las áreas de salud y sus órganos de gestión que en su caso correspondan.

Artículo 49.

Con la finalidad de alcanzar la mayor eficacia en la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía, cada área de salud se divide territorialmente en zonas básicas de salud.

Artículo 50.

1. La zona básica de salud es el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en el que se ha de tener la capacidad de proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible.
2. Las zonas básicas de salud serán delimitadas por la Consejería de Salud, así como sus modificaciones, atendiendo a factores de carácter geográfico, demográfico, social, económico, epidemiológico, cultural y viario, así como teniendo en cuenta los recursos existentes y la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía.

CAPÍTULO III

Ordenación funcional

Artículo 51.

1. La asistencia sanitaria se prestará de manera integrada a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria.
2. La asistencia sanitaria se organizará en los siguientes niveles, que actuarán bajo criterios de coordinación:

a) Atención primaria.
b) Atención especializada.

Artículo 52.

1. La atención primaria de salud constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía, y se caracteriza por prestar atención integral a la salud.
2. La atención primaria de salud será prestada en cada zona básica de salud por los profesionales que desarrollan su actividad en la misma y que constituyen los equipos de atención primaria.

3. Dicha atención se prestará a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, bien sea de carácter programado o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario, de manera que aumente la accesibilidad de la población a los servicios.

Artículo 53.

Para la planificación, gestión y apoyo a la prestación de los servicios de atención primaria de salud de Andalucía, existirá el distrito de atención primaria, cuyo ámbito de actuación será determinado por la Consejería de Salud.

Artículo 54.

1. La atención especializada se prestará por los hospitales, así como por sus centros de especialidades.
2. El hospital, junto a sus correspondientes centros de especialidades, constituye la estructura sanitaria responsable de la atención especializada programada y urgente, tanto en régimen de internado, como ambulatorio y domiciliario de la población de su ámbito territorial, desarrollando, además, funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y docencia e investigación, en coordinación con la atención primaria.

Artículo 55.

Por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía se determinarán los órganos, la estructura y el funcionamiento de los distritos de atención primaria y los hospitales.

Artículo 56.

1. Cada área de salud dispondrá de, al menos, un dispositivo de atención especializada de titularidad pública, al que pueda acceder la población de la misma para recibir dicha atención.
2. No obstante, la Consejería de Salud 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 usuarios podrán acceder a otro servicio o, en su caso, hospital cuando su patología ha superado la posibilidad de diagnóstico y tratamiento de su hospital inmediato.

Artículo 57.

La Consejería de Salud, en el marco de la presente Ley, podrá establecer otras estructuras con criterios de gestión y/o funcionales para la prestación de los servicios de atención primaria y/o especializada, atendiendo a razones de eficacia, del nivel de especialización de los centros y de la innovación tecnológica.

CAPÍTULO IV

Personal

Artículo 58.

1. El personal al servicio del Sistema Sanitario Público de Andalucía estará formado por:

a) El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía que preste sus servicios en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
b) El personal de otras Administraciones Públicas que se adscriba para prestar servicios en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
c) El personal del Servicio Andaluz de Salud y de las empresas públicas y entes de carácter sanitario del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
d) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

2. La clasificación y régimen jurídico del personal del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y de los organismos y/o entidades adscritos o que lo conformen se regirán por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.

3. Los profesionales sanitarios y el personal de gestión y servicios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el desempeño de las funciones que tengan asignadas, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en adelante SSPA, tendrán la consideración de autoridad pública y gozarán de la protección reconocida a tal condición por la legislación vigente.

La Administración promoverá que los profesionales adscritos al SSPA cuenten con la adecuada asistencia jurídica y protección que resulte preceptiva en los procedimientos que se sigan ante cualquier órgano jurisdiccional como consecuencia del ejercicio legítimo de sus funciones o cargos públicos.

Artículo 59.

Cuando exista personal estatutario con plaza en propiedad en centros, servicios o establecimientos sanitarios que pasen a ser gestionados por entidades de naturaleza o titularidad pública creadas a tal efecto, dicho personal se mantendrá en situación de activo, si bien se le ofertará la posibilidad de incorporarse voluntariamente al régimen jurídico de personal de la entidad creada.

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.

CAPÍTULO V

Atribuciones del Consejo de Gobierno y de la Consejería de Salud

Artículo 61.

Sin perjuicio de las facultades que le atribuye la Ley 6/1983, de 21 de julio, del Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y demás legislación de general aplicación, corresponderán al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, en los términos establecidos en el artículo 1 de la presente Ley, las siguientes competencias:

1. La fijación de los criterios, directrices y prioridades de la política de protección de la salud y de asistencia sanitaria.

2. La aprobación de la organización, composición y funciones del Consejo Andaluz de Salud.

3. La determinación y regulación de los órganos de participación ciudadana, referidos en los artículos 13 y 14 de la presente Ley.

4. La aprobación del Plan Andaluz de Salud.

5. La creación de las áreas de salud, así como la aprobación y modificación de sus límites territoriales.

6. La determinación de los órganos, estructura y funcionamiento de los distritos de atención primaria y los hospitales.

7. El establecimiento de las demarcaciones territoriales, a que se alude en el artículo 48 de esta Ley.

8. La aprobación de la estructura del Servicio Andaluz de Salud.

9. El acuerdo de nombramiento y de cese del Director gerente del Servicio Andaluz de Salud.

10. La autorización a la Consejería de Salud para la formación de consorcios, de naturaleza pública, u otras fórmulas de gestión, integradas o compartidas con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes.

11. El acuerdo de constitución de las entidades de derecho público dependientes de la Consejería de Salud y la aprobación de sus estatutos.

12. La potestad sancionadora, en los términos establecidos en la presente Ley.

13. Todas las demás que le atribuya la normativa vigente.

Artículo 62.

Corresponderán a la Consejería de Salud, en el marco de las competencias de la Junta de Andalucía, entre otras, las siguientes competencias:

1. La ejecución de los criterios, directrices y prioridades de la política de protección de la salud y de asistencia sanitaria, fijados por el Consejo de Gobierno.

2. Garantizar la ejecución de actuaciones y programas en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.

3. La planificación general sanitaria y la organización territorial de los recursos, teniendo en cuenta las características socio-económicas y sanitarias de las poblaciones de Andalucía.

4. La elaboración del Plan Andaluz de Salud proponiendo su aprobación al Consejo de Gobierno.

5. La delimitación de las demarcaciones territoriales y el establecimiento de las estructuras funcionales de sus competencias, tal como se establece en los capítulos II y III del Título VII de la presente Ley.

6. 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.

7. El otorgamiento de las autorizaciones administrativas de carácter sanitario y el mantenimiento de los registros establecidos por las disposiciones legales vigentes de cualquier tipo de instalaciones, establecimientos, actividades, servicios o artículos directa o indirectamente relacionados con el uso y el consumo humano.

8. El ejercicio de las competencias sancionadoras y de intervención pública para la protección de la salud, establecidos en la presente Ley.

9. El establecimiento de normas y criterios de actuación en cuanto a la acreditación de centros y servicios.

10. Las autorizaciones sanitarias de centros, servicios y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios, si procede, y su registro.

11. La supervisión, control, inspección y evaluación de los servicios, centros y establecimientos sanitarios.

12. La coordinación general de las prestaciones, incluida la prestación farmacéutica, así como la supervisión, inspección y evaluación de las mismas.

13. El desarrollo y el control de la política de ordenación farmacéutica en Andalucía.

14. La coordinación y ejecución de la política de convenios y conciertos con entidades públicas y privadas para la prestación de servicios sanitarios, así como la gestión de aquéllos que reglamentariamente se determinen.

15. La aprobación de los precios por la prestación de servicios y de tarifas para la concertación de servicios, así como su modificación y revisión, sin perjuicio de la autonomía de gestión de los centros sanitarios.

16. 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.

17. El establecimiento de directrices generales y criterios de actuación, así como la coordinación de los aspectos generales de la ordenación profesional, de la docencia e investigación sanitarias en Andalucía, en el marco de sus propias competencias.

18. La aprobación del anteproyecto de presupuesto del Servicio Andaluz de Salud.

19. 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.

20. La coordinación de todo el dispositivo sanitario público y de cobertura pública y la mejor utilización de los recursos disponibles.

21. Y todas las demás que le sean atribuidas por las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

Artículo 63.

Para el ejercicio de sus funciones, en los supuestos respectivos y de conformidad con los procedimientos legalmente establecidos en cada caso, la Consejería de Salud podrá:

1. Desarrollar las referidas funciones directamente o mediante los organismos, entes y entidades que sean competentes o puedan crearse a dicho efecto.
2. Establecer acuerdos, convenios o conciertos con entidades públicas o privadas.
3. Constituir consorcios de naturaleza pública u otras fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades de naturaleza o titularidad pública o privada sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales.
4. Participar en cualesquiera otras entidades públicas admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los servicios públicos.

CAPÍTULO VI

Organización y funciones del Servicio Andaluz de Salud

Artículo 64.

1. El Servicio Andaluz de Salud es un organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud.
2. El Servicio Andaluz de Salud se regirá por la presente Ley y demás disposiciones que la desarrollen, por la Ley 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de Andalucía, y por las demás disposiciones que le resulten de aplicación.

Artículo 65.

El Servicio Andaluz de Salud, bajo la supervisión y control de la Consejería de Salud, desarrollará las siguientes funciones:

a) Gestión y administración de los centros y de los servicios sanitarios adscritos al mismo, y que operen bajo su dependencia orgánica y funcional.
b) Prestación de asistencia sanitaria en sus centros y servicios sanitarios.
c) Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones que le están encomendadas.
d) Aquéllas que se le atribuyan reglamentariamente.

Artículo 66.

El Servicio Andaluz de Salud, previo informe y deliberación del Consejo de Administración, podrá elevar a la Consejería de Salud, para su aprobación por los órganos competentes, propuestas para la constitución de consorcios de naturaleza pública u otras fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades de naturaleza o titularidad pública o privada sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales, así como la propuesta de creación o participación en cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los centros y servicios adscritos al mismo.

Artículo 67.

El Servicio Andaluz de Salud contará con los siguientes órganos superiores de dirección y gestión:

1. Consejo de Administración.
2. Dirección Gerencia.
3. Las direcciones generales que se establezcan.

Artículo 68.

1. El Consejo de Administración, máximo órgano del Servicio Andaluz de Salud, estará integrado, en la forma que reglamentariamente se determine, por los siguientes miembros:

a) El Consejero de Salud, que lo preside.
b) Los representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma.
c) Los representantes de las Corporaciones locales.
d) Los representantes de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas a nivel de Andalucía.
e) Los representantes de las organizaciones de consumidores y usuarios más representativas a nivel de Andalucía.

2. En caso de vacante, ausencia o enfermedad de su titular, corresponderá al Viceconsejero de Salud asumir la presidencia del Consejo de Administración.
3. Son atribuciones del Consejo de Administración:

a) Definir los criterios de actuación del Servicio Andaluz de Salud, de acuerdo con las directrices de la Consejería de Salud, así como la adopción de las medidas necesarias para la mejor prestación de los servicios gestionados por el organismo.
b) Elevar a la Consejería de Salud el anteproyecto del estado de gastos e ingresos anual del organismo autónomo.
c) Aprobar la Memoria anual de la gestión del Servicio Andaluz de Salud.
d) Cuantas otras se deriven de la normativa vigente.

4. El Consejo funcionará siempre en pleno, y se reunirá con la periodicidad que reglamentariamente se establezca, y siempre que lo convoque su Presidente.
La deliberación y su régimen de acuerdos se ajustará a lo previsto en las disposiciones vigentes sobre funcionamiento de órganos colegiados.

Artículo 69.

1. Corresponde al Director gerente del Servicio Andaluz de Salud la representación legal del mismo, así como la resolución de los procedimientos de revisión de oficio de actos nulos y anulables y la declaración de lesividad de los actos dictados por el organismo autónomo, además de la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial del mismo y cuantas otras funciones tenga reglamentariamente atribuidas.
2. El Director gerente del Servicio Andaluz de Salud será nombrado y separado libremente de su cargo por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, a propuesta del Consejero de Salud.

Artículo 70.

1. El asesoramiento jurídico, así como la representación y defensa en juicio del Servicio Andaluz de Salud, corresponderá a los Letrados del mismo, en los términos previstos en el artículo 447 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
2. Corresponde al Jefe del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía la coordinación de la Asesoría Jurídica del Servicio Andaluz de Salud con el resto de los servicios jurídicos de la Administración autonómica.

Artículo 71.

Al Servicio Andaluz de Salud se le asignarán, con arreglo a la normativa de aplicación, los medios personales y materiales precisos para el cumplimiento de los fines que la presente Ley le atribuye.

Artículo 72.

El Servicio Andaluz de Salud se financiará con cargo a los recursos, aportaciones, rendimientos, subvenciones e ingresos ordinarios, a los que se refiere el artículo 80 de esta Ley, que le sean asignados.

CAPÍTULO VII

Colaboración con la iniciativa privada

Artículo 73.

1. La colaboración de la Administración Sanitaria con la iniciativa privada se instrumentará a través de los convenios singulares de vinculación y de los conciertos sanitarios.

2. Los convenios singulares de vinculación son los suscritos entre la Administración Sanitaria y entidades privadas titulares de centros hospitalarios, para la vinculación de los mismos al Sistema Sanitario Público.

Se regirán por sus propias normas con carácter preferente y por lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, siéndoles de aplicación lo previsto en la normativa vigente de contratación administrativa.

3. Los conciertos sanitarios son los suscritos entre la Administración Sanitaria y las entidades privadas titulares de centros y/o servicios sanitarios. Se regularán por lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la normativa vigente de contratación administrativa.

Artículo 74.

1. La suscripción de convenios y conciertos con entidades, empresas o profesionales para la prestación de servicios sanitarios se realizará teniendo en cuenta los principios de complementariedad, optimización de los recursos sanitarios propios, necesidades de atención en cada momento, así como la adecuada coordinación en la utilización de los recursos públicos y privados.

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 75.

La suscripción de convenios y conciertos conlleva:

1. El desarrollo de todas las funciones propias de los centros sanitarios de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca.

2. El cumplimiento de las directrices y criterios de actuación establecidos por los órganos de la Administración de la Junta de Andalucía, y específicamente, la satisfacción de los principios informadores y objetivos establecidos en la presente Ley.

3. 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 los convenios y/o conciertos.

4. El cumplimiento de las condiciones determinantes de la autorización sanitaria, y de cuantas disposiciones y normas afecten a las actividades conveniadas o concertadas, y las obligaciones especialmente previstas en contratación de los servicios sanitarios. La previa autorización sanitaria incluirá también las operaciones de homologación y acreditación.

Artículo 76.

1. Para la suscripción de convenios y conciertos de asistencia sanitaria los centros y servicios sanitarios deberán estar autorizados para el desarrollo de las actividades sanitarias objeto de los mismos en las correspondientes unidades asistenciales para las que se entenderán homologadas y acreditadas, deberán someterse a las actuaciones de comprobación que sean previstas y deberán ajustarse a los parámetros y estándares exigibles en el Sistema Sanitario Público. En todo caso, los requisitos exigidos para la autorización de funcionamiento serán los mismos que los exigidos para la homologación.

2. El régimen de concierto será incompatible con la percepción de subvenciones destinadas a la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto del concierto.

Artículo 77.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas, serán causas específicas de denuncia o resolución del convenio o concierto, por parte de la Administración Sanitaria, las siguientes:

1. Prestar atención sanitaria objeto del convenio o concierto contraviniendo los principios y criterios establecidos en la presente Ley y demás normativa que le resulte de aplicación.
2. Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas.
3. Infringir con carácter grave la legislación laboral, de la Seguridad Social o fiscal.
4. Vulnerar los derechos reconocidos a los ciudadanos en esta Ley y demás normativa de aplicación.
5. Incumplir gravemente o de modo que repercuta sensiblemente en la adecuada prestación de los servicios las obligaciones, requisitos o condiciones establecidos o acordados para la suscripción de los convenios o conciertos y para el desarrollo de los servicios concertados o conveniados.

TÍTULO VIII

Docencia e investigación sanitarias

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 78.

1. La estructura asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía reunirá los requisitos que permitan su utilización para la docencia pregraduada y posgraduada. Asimismo podrá ser utilizada para la formación continuada de los profesionales sanitarios.
2. El Gobierno de la Junta de Andalucía velará para que la formación de los profesionales de la salud consiga una mejor adecuación a las necesidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
3. Los programas de docencia e investigación de los centros universitarios, o con función universitaria, deberán ser objeto de coordinación entre las Universidades y las Administraciones Públicas de Andalucía, de acuerdo con sus respectivas competencias, estableciéndose en los correspondientes conciertos el sistema de participación interinstitucional en los órganos de gobierno respectivos.
4. Las Administraciones Públicas de Andalucía deberán fomentar, dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, las actividades de investigación sanitaria como elemento fundamental para su progreso.

CAPÍTULO II

Atribuciones de la Consejería de Salud

Artículo 79.

1. Corresponde a la Consejería de Salud, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Administración de la Junta de Andalucía, el desarrollo de las funciones siguientes:

a) Participar en la definición de las políticas de investigación y en el establecimiento de las prioridades con respecto a la investigación en materia de salud.
b) Intervenir en la elaboración de los programas de investigación y de asignación de recursos públicos en materia de investigación de salud.
c) Fomentar la investigación en relación a los problemas y necesidades de salud de la población de Andalucía. A tal fin, la Consejería de Salud deberá promover programas de formación para cubrir las necesidades de investigación.

d) Llevar a cabo o coordinar, si procede, programas de investigación y estudios en ciencias de la salud.

e) Formar, reciclar y perfeccionar 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.

2. La Consejería de Salud establecerá reglamentariamente los principios a que han de ajustarse el desarrollo y ejecución de estas funciones, siempre con pleno respeto a los derechos de los usuarios, fomentando la coordinación y colaboración con las Universidades andaluzas y demás instituciones y entidades que realicen actividades en estas materias.

TÍTULO IX

Financiación

Artículo 80.

1. El Sistema Sanitario Público de Andalucía se financiará fundamentalmente con cargo a:

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Junta de Andalucía 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 Andalucía para fines sanitarios.

c) Los recursos no contemplados en el apartado 2 de este artículo, que le puedan ser asignados con cargo a los Presupuestos de la Junta de Andalucía.

2. Asimismo, constituyen fuentes de financiación del Sistema Sanitario Público las siguientes:

a) Las aportaciones que deben realizar las Corporaciones locales con cargo a su Presupuesto.

b) Los rendimientos de los bienes y derechos propios y que tenga adscritos.

c) Las subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares.

d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que se 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, a los que se refiere el artículo 3, apartado 2 de la presente Ley, así como cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado.

Artículo 81.

En las tarifas de precios que se establezcan, para los casos en que el Sistema Sanitario Público de Andalucía tenga derecho al reembolso de los gestos efectuados, se tendrán en cuenta los costes efectivos totales de los servicios prestados.

Disposición adicional única. *Régimen de acceso a puestos de difícil cobertura de determinado personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud.*

1. Cuando no haya sido posible la cobertura por los procedimientos ordinarios de selección y provisión, el Servicio Andaluz de Salud, excepcionalmente, podrá convocar procesos selectivos específicos por el sistema de concurso, a fin de impulsar la incorporación urgente, estable y permanente de personal a los puestos de difícil cobertura, de conformidad con lo previsto en la legislación estatal de carácter básico y en los términos que reglamentariamente se establezcan.

2. El personal seleccionado en los concursos que se ejecuten en aplicación de la presente ley:

a) Deberá incorporarse, de modo efectivo y permanente, al servicio activo en el destino adjudicado para adquirir la condición de personal estatutario fijo.

b) Tras haber adquirido la condición de personal estatutario fijo, podrá participar en los concursos de traslados de su categoría y/o especialidad, o en los sistemas de promoción interna o provisión de plazas de otra categoría y/o especialidad, o movilidad, cuando cumpla los requisitos comunes y acredite, al menos, dos años de permanencia en la situación de servicio activo en el puesto adjudicado como destino en el concurso.

Disposición transitoria.

Hasta tanto se promulgue la regulación a 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, se faculta al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a dictar las normas reglamentarias que permitan un mayor desarrollo en las materias de gestión del personal del Sistema Sanitario Público de Andalucía, garantizando previamente los procedimientos de negociación colectiva en los términos previstos por las normas legales vigentes.

Disposición derogatoria.

1. Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan lo dispuesto en la presente ley. Y en particular los capítulos I, II, y los artículos, 14, 18, 19 y 21 de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. Asimismo, se deroga la Ley 2/1993, de 11 de mayo, por la que se modifica la composición del Consejo de Administración del Servicio Andaluz de Salud. Y expresamente se deroga el Decreto 80/1987, de 25 de marzo, de ordenación y organización del Servicio Andaluz de Salud.

2. Las referencias contenidas en normas vigentes a los preceptos que se derogan expresamente deberán entenderse efectuadas a las disposiciones de esta ley que regulan la misma materia que aquéllos.

3. Igualmente queda derogado expresamente el Capítulo II, y IV del Decreto 165/1995, de 4 de julio, por el que se regulan los procedimientos de homologación de Centros Hospitalarios y de suscripción de convenios y conciertos entre la Consejería o el Servicio Andaluz de Salud y entidades, tanto públicas como privadas, para la prestación de asistencia sanitaria en los mencionados Centros y la Orden de 23 de octubre de 1998, por la que se actualiza y desarrolla el sistema de presupuestación y tarificación de convenios o conciertos para la prestación de asistencia sanitaria en centros hospitalarios.

Disposición final primera.

1. El contenido de los preceptos de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud, no derogados por la presente Ley, podrá ser objeto de regulación reglamentaria.

2. A la entrada en vigor de la citada regulación reglamentaria, quedarán totalmente derogados los preceptos vigentes de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud.

Disposición final segunda.

1. Se autoriza al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía para dictar cuantas disposiciones considere necesarias en desarrollo y ejecución de la presente Ley.

2. En el plazo de veinticuatro meses desde la entrada en vigor de esta Ley, se desarrollarán por los órganos competentes de la Junta de Andalucía las previsiones contenidas en el Título VII, capítulos I, II y III.

Disposición final tercera.

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

§ 13

Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía

Comunidad Autónoma de Andalucía
«BOJA» núm. 255, de 31 de diciembre de 2011
«BOE» núm. 17, de 20 de enero de 2012
Última modificación: 28 de junio de 2024
Referencia: BOE-A-2012-879

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 Salud Pública de Andalucía.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce en su apartado 1 el derecho a la protección de la salud y en su apartado 2 establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

En el ámbito competencial, el artículo 149.1.16.ª de la Constitución Española atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Por su parte, el artículo 55.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía asigna a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Asimismo, el artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía para Andalucía establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, sobre la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

Además de estos aspectos competenciales, el Estatuto de Autonomía para Andalucía reconoce en el artículo 10.3.14.º que la Comunidad Autónoma, en defensa del interés general, ejercerá sus poderes con el objetivo básico, entre otros, de la cohesión social, mediante un eficaz sistema de bienestar público, con especial atención a los colectivos y zonas más desfavorecidos social y económicamente, para facilitar su integración plena en la sociedad andaluza, propiciando así la superación de la exclusión social.

Estos objetivos básicos de la acción de los poderes públicos de la Comunidad Autónoma, junto con la necesidad de dar cumplida satisfacción al derecho reconocido en el artículo 43.1 de la Constitución Española, mediante la garantía, que establece el artículo 22.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, de un sistema sanitario público de carácter

universal, constituyen el marco conceptual y de principios que inspira la presente Ley de Salud Pública de Andalucía.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía ya ordenó los servicios y actuaciones de asistencia sanitaria pública y privada en Andalucía y creó el Sistema Sanitario Público de Andalucía, definido en su artículo 43 como el conjunto de recursos, medios organizativos 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 salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria. Esta misma ley, en su Título IV, aborda las actuaciones en materia de salud, incluidas las de salud pública en su Capítulo I y las intervenciones públicas en materia de salud en su Capítulo IV. Estos elementos han permitido desarrollar las funciones de salud pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía y sirven de marco general para incorporar los necesarios elementos de modernización e innovación que se requieren en el momento actual y para profundizar en los distintos componentes que integran la función de salud pública en la Comunidad Autónoma.

La Ley de Salud Pública de Andalucía desarrolla los aspectos de salud pública contenidos en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, sin modificar sus contenidos, pero profundizando en los mismos, avanzando en los aspectos competenciales, modernizando su cartera de servicios y dotando a la función de salud pública en Andalucía de una adecuada arquitectura organizativa, sobre la base de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, y de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, que recoge en su artículo 9.13 las competencias de los municipios en relación con la promoción, defensa y protección de la salud pública.

II

Mediante Real Decreto 1118/1981, de 24 de abril, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de Sanidad, se traspasaron a la Comunidad Autónoma de Andalucía los servicios de salud pública que constituían la sanidad local, iniciándose así en la Administración autonómica el ejercicio de competencias propias en materia de salud. Desde que se producen estas transferencias, se han logrado grandes avances en todas las facetas de la salud pública. Avances que se concretan, por ejemplo, en el desarrollo de nuevos sistemas de vigilancia; la creación de la red de alerta de salud pública; la prevención y control de enfermedades infecciosas como el sida, la brucelosis o la tuberculosis, y el desarrollo de programas que constituyeron un auténtico hito en la mejora de la salud comunitaria.

Esta labor de salud pública se vio reforzada por los planes de salud de la Administración de la Junta de Andalucía a partir de 1991, año en el que se instituyó el primero, respondiendo a las necesidades de salud de la población y a la labor estratégica de planificación de la salud pública. Posteriormente el segundo y el tercer plan de salud fueron ampliando y mejorando estos objetivos hasta el momento actual.

Hoy, la sociedad andaluza se enfrenta a nuevos retos, así la degradación ambiental, el incremento de las desigualdades, las enfermedades emergentes, el envejecimiento de la población, las amenazas del cambio climático sobre la salud y la sostenibilidad constituyen importantes desafíos. Por otro lado, nos encontramos inmersos en un cambio social, económico y político de gran envergadura, un auténtico cambio de ciclo, caracterizado por la emergencia de la sociedad del conocimiento y por el predominio de la diversidad. La convivencia de diversas culturas y formas de vida, hecho provocado por las migraciones; la convivencia del laicismo y de diversas religiones; la aparición de nuevas formas de familia; las diferentes orientaciones sexuales de las personas; la nueva conceptualización de la identidad de género, así como las nuevas formas de convivencia entre personas con diferentes grados de autonomía y capacitación física o mental, son fenómenos que modifican la vida de las personas. Nada, en la esfera política o social, en las prácticas privadas o públicas, ha quedado indemne a su influencia. Todo ello desencadena nuevas situaciones y también conflictos, obligando a los poderes del Estado a adecuarse a una nueva norma que refleje las prácticas y usos que la sociedad civil vive, desarrollándola mediante leyes que reconozcan la igualdad de derechos y la discriminación positiva.

En la emergencia de este nuevo marco de referencia globalizado e interconectado, intercultural y con orientación de género, la salud se comprende como bienestar colectivo y plenitud personal. En este sentido, las personas demandan mantenerse en buena salud durante una vida lo más larga posible, la realización de sus potencialidades individuales y un bienestar personal y social permanente.

De este modo, surge la acepción de «la nueva salud pública», que define la salud como un factor de inversión en la vida comunitaria óptima. Bajo esta nueva visión, el cometido de la salud pública será la mejora de la salud y de la calidad de vida de la población; es decir, contribuir a generar en la sociedad las condiciones de vida más favorecedoras para la salud de la población, promover conductas y estilos de vida más saludables, proteger la salud ante las amenazas y los riesgos, y no solo luchar contra las enfermedades y minimizar la pérdida de la salud.

Esta nueva visión transforma la actividad económica 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. En la actualidad la salud debe comprender el esfuerzo sistemático para identificar las necesidades de salud de la comunidad global y la organización de las respuestas de sus miembros para enfrentar dichas necesidades, incluyendo la formulación de políticas, la ordenación de los recursos y la implantación de estrategias innovadoras que afronten los nuevos retos de salud pública, ahora de orden global.

III

El interés de esta ley es abordar las nuevas realidades legales e institucionales que nos permitan enfrentar los retos de salud pública y las nuevas demandas sociales de manera proactiva, flexible e innovadora, para conseguir la mayor efectividad de las acciones en la salud colectiva. Su intención es dotar a la sociedad andaluza de una ley avanzada que asuma las posiciones más progresistas y que se extienda con una perspectiva de posibilitar la construcción de la salud pública del futuro.

Es, en este sentido, una ley de carácter programático que incide sobre la ciudadanía y la sociedad poniendo la salud al servicio de la ciudadanía, situando a la ciudadanía en el eje central de las actuaciones de salud pública y reconociendo su protagonismo en esta materia.

Esta visión se completa con la generación de un entorno favorable a través de la regulación de tres elementos esenciales: la organización y la gestión innovadora, los profesionales y los recursos, con un enfoque sistémico basado en la calidad, la excelencia y la obtención de resultados.

El carácter progresista de la ley se materializa en la conceptualización que desarrolla en relación con los derechos de los ciudadanos, fundamentalmente mediante dos procedimientos: la creación de nuevos derechos y la renovación de derechos históricos, explicitando algunos que estaban aceptados tácitamente y elevando a la categoría de derecho hechos que venían siendo históricamente considerados exclusivamente como actividades clásicas de la Administración sanitaria. Además, los nuevos derechos reconocidos se protegen con garantías que aseguren la efectividad y el libre acceso de la ciudadanía a su contenido.

La equidad junto con la reducción de desigualdades en salud es uno de los ejes que recorre transversalmente todos los títulos de la ley. La ley propone garantizar la equidad en salud, entendida como el derecho de las personas a disfrutar, en igualdad de oportunidades, de una vida saludable.

El empoderamiento de la ciudadanía, entendido como el traslado de poder en la toma de decisiones sobre su salud individual y colectiva a la ciudadanía, es otro de sus elementos vertebradores. Para ello, la ley garantiza, de un lado, el compromiso de las Administraciones públicas para educar en salud y capacitar a las personas que viven en Andalucía desde las edades más tempranas de la vida. Y, de otro, contempla la participación de la ciudadanía en los planes y políticas que pretendan desarrollar la salud en el territorio andaluz.

La incorporación de los objetivos de salud pública a la agenda de los gobiernos locales y el desarrollo de su ámbito competencial en esta materia, facilitando así el equilibrio territorial en materia de salud, constituyen una oportunidad para dotar de marco legal al desarrollo de la acción local en salud, ofreciendo el liderazgo a las corporaciones locales. Esta estrategia

permite acercar los objetivos de salud al entorno más inmediato de la ciudadanía. Para ello, la ley establece como instrumento el Plan Local de Acción en Salud que, partiendo de la valoración de la situación de salud local, plantea las acciones concretas, adaptadas al espacio territorial donde se desenvuelve la vida de las personas, con implicación intersectorial y con la participación real de la población que va a ser protagonista.

La ley plantea un nuevo paradigma en el ámbito de protección de la salud, caracterizado, en primer lugar, por una apuesta clara por la utilización del análisis de riesgos como herramienta de gestión, por considerar la responsabilidad y el autocontrol como bases sobre las que sustentar el papel de la empresa, y por ampliar los tradicionales ámbitos de trabajo –salud ambiental y seguridad alimentaria– con otros con un claro impacto sobre los determinantes de salud y sobre los que existe un cierto vacío competencial. Un claro ejemplo de esto último sería la preservación de un entorno físico para el desarrollo de una vida saludable que afecte a los espacios públicos donde se desenvuelve la vida humana, o contemplar la protección ante otros riesgos y fuentes de peligro derivados del efecto de la globalización o del nuevo contexto social donde se mueven las regiones desarrolladas. Igualmente toma como referencia un nuevo paradigma de lo que es la promoción de la salud, situando a la ciudadanía informada y responsable en el centro de las decisiones sobre su salud y su forma de vivir, y otorga el protagonismo a las personas, superando la visión de la ciudadanía como sujetos pasivos receptores de mensajes sobre cómo vivir una vida más saludable.

IV

La ley está estructurada en siete títulos y dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y nueve disposiciones finales.

El Título Preliminar establece el objeto, las definiciones básicas de la ley y los fines. Además, consagra los postulados centrales de la ley, al establecer los derechos y obligaciones en relación con la salud pública, y sus garantías.

El Título I está dedicado a fortalecer la posición de la ciudadanía en relación con la salud pública colectiva y constituye la parte esencial del texto normativo. Este título viene a situar a la ciudadanía como protagonista esencial de la salud pública, estableciendo la salud colectiva como bien público relevante y ordenando la efectiva participación de la ciudadanía en la buena administración de la salud pública.

El Título II establece las bases de la gobernanza en salud pública, distribuyendo el sistema de gobernanza en cinco capítulos en los que se abordan el marco global y exterior de la gobernanza, la cooperación y conectividad internacional, nacional y con el resto de las comunidades autónomas, y se ordena el espacio local de salud pública. Gobernanza es un término que ha irrumpido con cierta fuerza en el debate político tanto desde el ámbito académico como en el terreno de la gestión práctica. El concepto, que tiene su origen en la tradición de la escuela norteamericana sobre estudios de Administración pública, ha sido importado por Europa al advertir la necesidad de nuevas técnicas e instrumentos para conseguir una gestión política estratégica que combine las iniciativas e intereses de la sociedad, del Estado y del mercado.

Mención especial merece resaltar que se instaura en su Capítulo V la evaluación del impacto en salud, que valora las influencias potenciales en la salud de las políticas, programas y proyectos, en relación con los potenciales efectos en la salud de la población.

El Título III comprende las funciones de salud pública, integrando el conjunto de actividades que se despliegan para hacer efectivo el derecho a una adecuada salud pública. Interesa hacer mención del Capítulo II ya que se refiere al Sistema de Vigilancia e Información en Salud Pública, dirigido a promover la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública.

Las intervenciones que garantizan los derechos y deberes de los ciudadanos se regulan en el Título IV. El Capítulo I va destinado al establecimiento de los ejes básicos de actuación, que se centran en la responsabilidad y autocontrol, y se configuran los principios de autorregulación y sujeción a auditorías. El Capítulo II ordena el actuar de las intervenciones públicas en materia de salud, equilibrando la defensa de la salud colectiva frente a las actuaciones individuales, con la finalidad de proteger la salud de la población y prevenir las enfermedades.

El Título V aborda la puesta a disposición de recursos y profesionales para el desarrollo de las funciones de salud pública y ordena los aspectos más relevantes del actuar de los profesionales al servicio de la salud pública como protagonistas del cambio hacia la modernización del modelo de salud pública: el reconocimiento social, el desarrollo profesional, la carrera profesional, la participación, responsabilidades, los nuevos perfiles profesionales y la definición de un código ético. En este título se reconoce el papel que cumplen en el desarrollo de la salud pública todas las personas que trabajan en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se realiza una apuesta importante por la profesionalización.

El Título VI trata de la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación en salud pública y acota la vinculación de la salud pública con un sistema de innovación que aprovecha el conocimiento compartido y genera valor añadido para otorgar ganancias a la ciudadanía. Se privilegian las actividades de investigación de salud pública y su conexión a los contextos nacionales e internacionales, así como la participación en las redes de investigación cooperativa en salud pública. Se fomentan las actividades de innovación y las actitudes y conductas innovadoras que promocionen la creatividad. Igualmente, se abordan la incorporación de las nuevas tecnologías, la función de vigilancia tecnológica y los procedimientos de gestión del conocimiento y la participación en las redes del conocimiento en salud pública.

Por último, el Título VII establece el régimen sancionador en materia de salud pública, relacionando las infracciones, las sanciones aplicables y el procedimiento establecido para determinarlas.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

1. La presente ley tiene por objeto:

a) Establecer los derechos, obligaciones y responsabilidades de la población en Andalucía respecto a la salud pública, las garantías para su cumplimiento y los fines y principios que deben regir la nueva organización de la salud pública.

b) Establecer las funciones y competencias en materia de salud pública, sus prestaciones y servicios y las líneas para organizar su gobernanza, asegurando el carácter transversal, participativo e intersectorial de las actuaciones de la Administración pública y la organización de sus recursos multidisciplinares para obtener eficacia.

c) Situar a todas las personas en Andalucía y a los andaluces en el mundo como eje central de las actuaciones de salud pública, así como articular los objetivos, garantías y procedimientos para alcanzar la equidad en salud de todas las personas y poblaciones de Andalucía.

2. La presente ley será de aplicación a toda la población en Andalucía y asimismo, con el alcance establecido en la Ley 8/2006, de 24 de octubre, del Estatuto de los Andaluces en el Mundo, será de aplicación a los andaluces en el exterior.

Artículo 2. *Definiciones.*

A los efectos de la presente ley, se entiende por:

1.º Acción intersectorial para la salud: Relación reconocida que se establece entre distintos sectores de la sociedad para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud, o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que la que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

2.º Alerta sanitaria: Todo fenómeno de potencial riesgo para la salud de la población y/o de trascendencia social frente al que sea necesario desarrollar actuaciones de salud pública urgentes y eficaces.

3.º Atención integral: Aquella que incorpora en la respuesta a un problema de salud el nivel asistencial, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la rehabilitación integral, referida a la recuperación del proyecto vital.

4.º Ayuda mutua: Comprende todas aquellas medidas llevadas a cabo de forma natural u organizada por las personas que comparten una misma situación o problema de salud con el fin de mejorar la calidad de la respuesta al problema desde sus iguales.

5.º Cartera de servicios: 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 hacen efectivas las prestaciones sanitarias, según se recoge en el artículo 20.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

6.º Condiciones de vida: Entorno cotidiano de las personas, donde estas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.

7.º Desigualdades en salud: Aquellas diferencias que perjudican, de manera sistemática e injusta, a una persona o grupo en términos de oportunidades y que originan una merma en su situación de salud.

8.º Determinantes de la salud: Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud individual y colectiva.

9.º Educación para la salud: Comprende las actuaciones encaminadas al conocimiento, aprendizaje y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

10.º Empoderamiento para la salud: Proceso mediante el cual las personas y los grupos sociales adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

11.º Epidemiología: Estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

12.º Evaluación del impacto en la salud: Combinación de métodos, procedimientos y herramientas con los que puede ser evaluada una política, un programa, proyecto o actividad, en relación a sus potenciales efectos en la salud de la población y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población. La evaluación de impacto en salud integra la valoración y el informe de evaluación de impacto en la salud.

13.º Factor de riesgo: Condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de aparición de una enfermedad o lesión, o que se relaciona con una salud deficiente.

14.º Gobernanza: Manera de gobernar, bajo los principios de transparencia y participación, que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero que genere salud.

15.º Informe de evaluación de impacto en la salud: Informe emitido por la Consejería competente en materia de salud, sobre la valoración del impacto en la salud realizada a un plan, programa, instrumento de planeamiento urbanístico, obra o actividad.

16.º Política en salud: Declaración o directriz oficial, dentro de las instituciones públicas, que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

17.º Prevención de la enfermedad: Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también, una vez establecida, a detener su avance y atenuar sus consecuencias.

18.º Promoción de la salud: Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

19.º Protección de la salud: Componente de la política de salud en el que se encuadran las actividades orientadas al análisis de riesgos asociados a los alimentos y de riesgos ambientales, a la preservación del entorno saludable que afecte a los espacios públicos donde se desenvuelve la vida humana, a los medios de transporte y a la habitabilidad de las viviendas, así como a la protección frente a aquellos otros riesgos y fuentes de peligro para la salud física y mental que surjan en el contexto social.

20.º Responsabilidad social para la salud: Se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones, tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud.

21.º Redes ciudadanas de salud: Organizaciones sociales y ciudadanas, grupos de ayuda mutua, movimientos asociativos en salud o comunidades virtuales, que trabajan sobre temas de salud de la población y de calidad de vida y del entorno o de ayuda a grupos en desventaja personal o social y que tratan de influir en sus determinantes, dando a conocer situaciones problemáticas, solicitando apoyo para su solución, pidiendo a las autoridades sanitarias la rendición de cuentas de los logros y avances conseguidos y/o fomentando la cooperación y la participación activa de la ciudadanía en aspectos de la salud y sus determinantes.

22.º Salud ambiental: Aquellos aspectos de la salud y la enfermedad humanas que son determinados por factores medioambientales. Este término también hace referencia a la teoría y práctica relativas a los factores de evaluación y control del medio ambiente que pueden afectar potencialmente a la salud. Incluye tanto los efectos patológicos directos de los agentes químicos y biológicos y de la radiación como los efectos indirectos sobre la salud y el bienestar del entorno físico, social y estético considerado en su sentido más amplio.

23.º Salud pública: El esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y para prevenir la enfermedad mediante acciones colectivas.

24.º Seguridad alimentaria: Conjunto de actuaciones basadas en el análisis de riesgos y encaminadas a asegurar que las etapas de la producción, transformación y distribución de alimentos se desarrollen utilizando procedimientos que garanticen, a la luz de los conocimientos científicos disponibles, un nivel elevado de protección de la salud de la población consumidora.

25.º Sistema de análisis de peligros y puntos de control crítico: Sistema que, en las empresas, industrias, instalaciones y servicios, permite identificar, evaluar y controlar peligros significativos en el ámbito de la protección de la salud.

26.º Valoración del impacto en la salud: Documento que debe presentar el órgano que formula un plan, programa o instrumento de planeamiento urbanístico, o el titular o promotor de una obra o actividad, sometidos a evaluación del impacto en la salud. En él deberán identificarse, describirse y valorarse los efectos previsibles, positivos y negativos, que el plan, programa, instrumento de planeamiento urbanístico, obra o actividad pueda producir sobre la salud de las personas.

27.º Vigilancia en salud: Compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente.

28.º Zona de seguridad para la protección de la salud: Espacio definido por la distancia a una actividad de las establecidas en los párrafos c) y d) del artículo 56.1, en el que, en base a los riesgos previstos en la evaluación de impacto en la salud, se establezca la necesidad de una limitación del uso residencial o de otros usos que específicamente se determinen.

Artículo 3. *Fines.*

1. Son fines esenciales de la presente ley los siguientes:

a) Promover la salud y el bienestar personal de la población para contribuir al pleno ejercicio de sus capacidades.

b) Fomentar entornos y modos de vida saludables para prolongar y mejorar la calidad de la vida humana.

c) Promover la sensibilización y educación de la ciudadanía en la protección de la salud, así como en la preservación y mejora de la calidad de vida.

d) Reducir las desigualdades en salud y procurar que las personas compartan con equidad los progresos en salud y el bienestar personal y social.

e) Establecer y desarrollar actuaciones para mejorar la salud colectiva, garantizando el acceso de la ciudadanía a la información y a la participación en la toma de decisiones que afecten a la salud pública.

f) Alcanzar un elevado nivel de protección de la salud mediante la utilización de los instrumentos necesarios de vigilancia y control de las enfermedades y de los factores ambientales y alimentarios que inciden negativamente en la salud, así como proteger a la ciudadanía contra las amenazas y los riesgos emergentes para la salud.

g) Prevenir las enfermedades, accidentes y lesiones.

h) La extensión de actitudes solidarias, participativas y responsables de la población en la preservación, conservación, mejora y restauración de la salud, y el fomento del principio de corresponsabilidad ciudadana en salud.

i) Aproximar los objetivos de salud al entorno más cercano de la ciudadanía.

j) Promover una convivencia ciudadana sana y saludable y la cohesión social.

k) Aplicar la gobernanza y potenciar el protagonismo de la sociedad en la definición y desarrollo de las políticas de salud pública.

l) Articular una respuesta integral a los problemas de salud desde una perspectiva individual y poblacional, incorporando los aspectos de prevención, promoción de la salud, rehabilitación y recuperación de la trayectoria vital.

m) Promover la calidad integral en la prestación de los servicios de salud pública.

2. Los fines descritos en el apartado anterior van dirigidos a promover un desarrollo equilibrado de la salud colectiva y a generar en Andalucía las condiciones sociales que aseguren una salud óptima en términos de equidad para toda la población.

Artículo 4. *Principios rectores y marco de la actuación de la salud pública.*

Las Administraciones públicas de Andalucía, en el establecimiento de las políticas y el desarrollo de las actuaciones para mejorar la salud de la ciudadanía, y en los términos previstos en la ley, se regirán por los siguientes principios:

a) La protección de la salud de la ciudadanía.

Las Administraciones públicas de Andalucía garantizarán la protección de la salud de la población y promoverán su mejora mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción en la salud y participación social, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.

b) Principio de solidaridad.

Se reconoce el principio de solidaridad en salud pública en Andalucía, según el cual los poderes públicos asumen la responsabilidad de dirigir sus políticas a la reducción de las desigualdades en salud de la ciudadanía, removiendo los obstáculos educativos, culturales, geográficos y económicos que puedan impedir la libre promoción de la salud y el bienestar personal de la ciudadanía y el ejercicio pleno de sus capacidades.

c) Principios de coordinación y cooperación.

Las actuaciones, las prestaciones y los servicios en materia de salud pública son un derecho individual y social que los poderes públicos han de garantizar y mantener, de acuerdo con la coordinación y cooperación interdepartamental con las Administraciones públicas competentes, y de acuerdo con la cooperación y la coordinación intersectorial, como elemento de cohesión de las políticas de todos los sectores con responsabilidad en la salud pública, con la finalidad de conseguir resultados de salud más eficaces, eficientes o sostenibles.

d) El valor público de la salud en Andalucía.

El desarrollo de la salud pública y del bienestar en su ámbito territorial persigue promover una Andalucía saludable en la que la ciudadanía pueda vivir una vida autónoma desarrollando su personalidad y sus plenas capacidades. A tal efecto:

1.º Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán que la salud de la ciudadanía sea un valor de referencia en todas sus actuaciones.

2.º La Administración de la Junta de Andalucía incentivará el reconocimiento de Andalucía como territorio saludable, promoviendo programas y acciones dirigidos a dar a conocer las ventajas socioeconómicas, de infraestructuras, ocio y cultura, posición geoestratégica, innovación y alta calidad de vida que ofrece la Comunidad Autónoma, con el fin de posicionar a Andalucía como un entorno saludable excelente para la convivencia humana.

e) Principio de salud en todas las políticas.

Las actuaciones en salud pública se regirán por el principio de salud en todas las políticas, como estrategia de cooperación horizontal cuya finalidad es contribuir a la mejora de la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud a través de las políticas y acciones de todos los sectores de gobierno, con especial atención a los sectores distintos del de salud con capacidad de afectar a las condiciones sociales y económicas que se encuentran en la base del estado de salud de la población.

f) Principio de transparencia.

La acción en salud, en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se ejercerá guiada por un principio de transparencia, de tal modo que promueva y permita el conocimiento de los procedimientos, actuaciones y decisiones, con criterios de objetividad, veracidad, claridad y accesibilidad. Las personas responsables, así como todos los profesionales de salud pública, están comprometidos a cumplir el principio de transparencia en el desempeño de las funciones que desarrollan.

g) Principio de equidad.

Las Administraciones públicas de Andalucía ejercerán la tutela de la salud pública y su uso efectivo en condiciones de equidad y justicia redistributiva.

Se reconoce el principio de equidad generacional, por el cual la presente generación deberá asegurar que la salud colectiva y el entorno que la posibilita se mantengan y mejoren en beneficio de las futuras generaciones.

h) Principio de participación.

Las Administraciones públicas de Andalucía actuarán siempre bajo el principio de la efectiva participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y en el desarrollo de las políticas relacionadas con la salud pública, con especial atención a la población menor de edad y a las personas que por cuestiones sociales o de otro tipo tengan especiales dificultades para hacer valer su acción u opinión.

i) Principio de pertinencia.

Las actuaciones de salud pública atenderán a la magnitud de los problemas de salud que pretenden corregir, justificando su necesidad de acuerdo con los criterios de proporcionalidad, eficacia y sostenibilidad.

j) Principio de integralidad.

Las actuaciones de salud pública deberán organizarse y desarrollarse dentro de la concepción integral de la salud y sus determinantes.

TÍTULO I

La ciudadanía y la salud pública

CAPÍTULO I

Equidad y salud pública

Artículo 5. *El fomento de la solidaridad y la equidad.*

1. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, siguiendo los principios de solidaridad y de equidad en salud pública, posibilitará la aplicación de políticas públicas redistributivas dirigidas a superar las diferencias de carácter social, y actuará como elemento compensador de las desigualdades en salud.

2. La Administración sanitaria de Andalucía desarrollará las políticas de solidaridad y equidad en salud garantizando la aplicación de acciones que permitan:

a) Desarrollar la red de recursos y servicios de la salud pública, que tendrá en cuenta la necesidad de compensar los desequilibrios territoriales, garantizando su acceso a la totalidad de la población.

b) Establecer los procedimientos para identificar precozmente las necesidades de salud de la ciudadanía que requieran una atención de salud extraordinaria. La atención integral a la población con necesidad específica de apoyo de salud pública se regirá por los principios de normalización e inclusión.

c) Asegurar la redistribución de los recursos disponibles, en función de las necesidades de la población, en los territorios que requieran una atención de salud diferente de la ordinaria por presentar necesidades personales o sociales especiales, para que puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos en salud establecidos con carácter general para toda la población.

d) Adecuar las políticas, estrategias y acciones con el objetivo de alcanzar la equidad e igualdad en las condiciones de calidad de vida y salud de todos los hombres y mujeres de Andalucía. A tal efecto, empleará las perspectivas de género y edad en todas sus actuaciones.

e) Elaborar estudios periódicos de desigualdades en salud en Andalucía que proporcionen información sobre la situación de la distribución del valor salud en el territorio, en las personas y en los diferentes contextos sociales y sobre las acciones que sería necesario incluir en las políticas sanitarias.

f) Desarrollar planes específicos de actuación para las personas que viven en zonas con necesidades de transformación social, para la población inmigrante con necesidades especiales, para las personas que realizan prácticas de riesgo y para todas aquellas personas en situación o riesgo de exclusión social o especial vulnerabilidad.

g) Aplicar el enfoque de los derechos de la infancia y de las personas con discapacidad.

h) Hacer efectivos los derechos de las personas o colectivos más desfavorecidos, a efectos de perseguir la igualdad de todas las personas en sus condiciones de vida y en la calidad de su salud.

CAPÍTULO II

El fomento del interés por la salud

Artículo 6. *El interés y la educación por la salud desde la infancia.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán el interés por la salud desde la infancia, incidiendo en el medio educativo con la sensibilización de las personas menores de edad sobre la relevancia de la salud y fomentando una cultura de la salud pública como fuente de desarrollo personal y autocuidados.

2. Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán acciones divulgativas sobre la salud adaptadas a las necesidades y al desarrollo madurativo de las personas menores. Asimismo, establecerán redes y espacios de salud para las personas menores de edad que permitan concienciarles sobre la importancia de la salud y de los estilos de vida saludables.

Artículo 7. *El fomento del interés por la salud en los mayores.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía fomentarán el interés por la salud entre nuestros mayores, incidiendo especialmente en el fomento de acciones de concienciación, divulgación e información en torno a aquellas patologías o situaciones de riesgo que por su edad tengan relevancia entre el colectivo.

2. Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán el interés por la salud de los mayores a través de políticas de envejecimiento activo, así como por medio de acciones que incidan en las patologías prevalentes crónicas y degenerativas entre este colectivo, como las demencias tipo alzhéimer o párkinson.

3. Las Administraciones públicas de Andalucía establecerán redes y espacios de salud, para las personas mayores y sus familiares y/o cuidadores, que permitan concienciarles sobre la importancia de la salud y de los estilos de vida saludables.

Artículo 8. *La sensibilización y divulgación del valor salud entre la ciudadanía.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán acciones de sensibilización, comunicación y divulgación a la ciudadanía en torno a la salud colectiva e individual y

difundirán pautas de responsabilidad para la preservación, mejora y restauración de la salud individual y colectiva.

2. La Administración de la Junta de Andalucía fomentará la divulgación de las pautas de salud más relevantes y fiables y establecerá canales de información sobre el conocimiento científico en salud, adecuando estos a los colectivos que soporten mayores riesgos de discriminación.

3. Los medios públicos de comunicación social de Andalucía prestarán especial relevancia a los asuntos científicos sobre salud y promoverán espacios específicos sobre la salud en Andalucía.

4. Se fomentará la creación de redes del conocimiento, entre agentes, organizaciones e instituciones científicas, educativas, culturales y sociales, que impulsen el debate público sobre la salud y promuevan la difusión de experiencias científicas positivas.

CAPÍTULO III

Derechos y obligaciones en relación con la salud pública

Sección 1.ª Derechos

Artículo 9. *Derecho a la información.*

Los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tienen derecho a ser informados, con las garantías y, en su caso, con las limitaciones previstas en la normativa vigente, en materia de salud pública por las Administraciones públicas de Andalucía. Este derecho comprende, en todo caso, los siguientes:

a) A recibir información sobre los derechos que les otorga esta ley, así como sobre las vías para ejercitar tales derechos.

b) A recibir información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a las mismas.

c) A recibir información sobre los condicionantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud de la población y, en particular, sobre los riesgos biológicos, químicos, físicos, medioambientales, climáticos, o de otro carácter, relevantes para la salud de la población, y sobre su impacto. Si el riesgo es inmediato, la información se proporcionará con carácter urgente.

d) A recibir información sobre programas y calendario vacunal.

e) A recibir información fluida y sistemática en los supuestos de epidemias y pandemias.

Artículo 10. *El derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud pública.*

La población en Andalucía tiene derecho a que las Administraciones públicas de Andalucía desarrollen políticas con objeto de conseguir un adecuado nivel de salud pública, de forma que se incluyan la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de las enfermedades, la actuación sobre los principales factores determinantes de la salud, el acceso a un entorno saludable y a condiciones sanitarias y de vida adecuadas, así como el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, en el marco de actuación de la presente ley.

Artículo 11. *El derecho a conocer en relación con la salud pública.*

En los términos que reglamentariamente se determinen, la población en Andalucía tiene derecho:

a) A un conocimiento adecuado sobre el estado epidemiológico de su entorno. Esta información, basada en la evidencia científica, ha de ser suficiente, comprensible, adecuada y tiene que comprender los factores, las situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.

b) A un conocimiento adecuado sobre la salud ambiental, con el alcance y contenido que reglamentariamente se establezcan.

c) A un conocimiento adecuado sobre las características y condicionantes relevantes para la salud pública de los productos alimentarios, así como la naturaleza y los riesgos asociados a los mismos, salvo en aquellas cuestiones que estén sometidas a protección legal.

Artículo 12. *El derecho a la promoción de la salud.*

En el ámbito de la promoción de la salud, se reconocen a la población en Andalucía los siguientes derechos:

a) A conocer los riesgos, enfermedades y secuelas asociados a las diferentes etapas de la vida de las personas.
b) A que las Administraciones públicas competentes desarrollen estrategias educativas sobre la alimentación, la nutrición y hábitos saludables, en particular para los niños y niñas.
c) A que la publicidad de los alimentos en los aspectos relativos a la salud sea veraz.
d) A que la oferta alimentaria de los centros escolares, sanitarios y asistenciales sea equilibrada nutricionalmente, atendiendo a la demanda de dietas específicas adecuadamente indicadas por motivos de salud. Asimismo, las Administraciones públicas de Andalucía promoverán la existencia de menús saludables en los establecimientos privados que sirvan comidas.
e) A la información sobre salud, orientación sexual y reproductiva e identidad de género, y al acceso a los medios disponibles para garantizarla.
f) A la información adecuada sobre los factores determinantes de la salud mental y sobre cómo pueden afrontarse.
g) A la información clara, adecuada y precisa de todos aquellos aspectos relativos a la salud, dirigida a la población con discapacidad intelectual y a sus familias, incidiendo sobre las discapacidades y factores de riesgo.
h) A que las Administraciones públicas desarrollen estrategias que promocionen estilos de vida sanos que coadyuven a la reducción del riesgo de drogadicción y de los daños asociados al uso de las drogas, y a que presten apoyo sanitario para abandonar estas dependencias.
i) A la información adecuada sobre la importancia de la actividad física y cómo llevarla a cabo sin riesgos y con el mejor aprovechamiento, y a disponer de planes de promoción de actividades físicas saludables.
j) A la promoción, por las Administraciones públicas competentes, de espacios públicos que permitan realizar actividades físicas, deportivas o lúdicas, en condiciones de seguridad y accesibilidad en las ciudades y pueblos de Andalucía.
k) A la promoción de un entorno saludable en el marco de actuación de la presente ley, con especial atención a la existencia, en los lugares de convivencia de las personas, de zonas verdes que faciliten esta de manera saludable.
l) A que las Administraciones públicas de Andalucía establezcan estrategias de movilidad sostenible que aborden preferentemente el transporte público, el control de las emisiones contaminantes, la disponibilidad de espacios y la educación ciudadana que favorezca la salud.
m) A la promoción de la salud en el lugar de trabajo.
n) A la información veraz, objetiva, completa y suficiente sobre la incidencia de los hábitos de consumo en la salud y sobre el uso de bienes de consumo, que permita al consumidor adoptar pautas más saludables en relación con los mismos.

Artículo 13. *El derecho a las acciones preventivas de salud pública.*

En el ámbito de las acciones preventivas de salud pública, se reconocen los siguientes derechos a la población en Andalucía:

a) A la prevención y atención de problemas de salud pública, comprendiendo las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
b) A conocer los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud, así como aquellos instrumentos para hacerlos efectivos.
c) A ser inmunizadas contra las enfermedades infectocontagiosas de acuerdo con los criterios establecidos por la autoridad sanitaria competente.

d) A recibir las prestaciones preventivas, no incluidas en los párrafos a), b) y c), dentro de la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

e) A rechazar las acciones preventivas que se propongan, siempre que no comporten riesgos a terceros, sin perjuicio de lo que establezca la normativa de intervención pública en materia de salud colectiva.

Artículo 14. *Derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad en Andalucía.*

Las personas menores, las mayores, las que se encuentren en situación de dependencia, las personas con discapacidad física, intelectual o sensorial, las que soporten situación o riesgo de exclusión social, las que sufran enfermedad mental, las que estén en situación terminal, las que padezcan enfermedades crónicas y discapacitantes, las diagnosticadas de enfermedades raras o de baja incidencia en la población, las personas con prácticas de riesgo, las mujeres y menores víctimas de violencia tendrán derecho a programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales.

Artículo 15. *Derecho a la participación en asuntos de la salud pública.*

1. La población en Andalucía tendrá derecho a la participación efectiva en la formulación, desarrollo, gestión y evaluación de las políticas en materia de salud pública de manera individual o colectiva.

2. Las Administraciones públicas de Andalucía dispondrán de los cauces apropiados para facilitar la participación de las personas con dificultad de expresión, especialmente menores, mayores, personas con discapacidad y personas en riesgo de exclusión.

3. Por orden de la persona titular de la Consejería competente en materia de salud, se establecerán los mecanismos concretos que permitan hacer efectivo el ejercicio de este derecho.

Artículo 16. *Derechos en relación con las actuaciones sanitarias.*

1. En el contexto del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se reconocen los siguientes derechos de la población en Andalucía frente a la actuación de las Administraciones públicas:

a) Derecho a conocer y tener acceso a los informes, estudios oficiales y resultados de investigación, llevados a cabo por la autoridad sanitaria en materia de salud pública, en aquellos asuntos sobre los que se justifique un interés legítimo.

b) Derecho a conocer la cartera de servicios en salud pública como marco de compromiso entre la Administración sanitaria pública de Andalucía y la ciudadanía.

c) Derecho a que las prestaciones que se incorporen en la cartera de servicios de salud pública sean aquellas que hayan demostrado sus beneficios, sean fiables, seguras y hayan sido constatadas.

d) Derecho a no sufrir discriminación en el reconocimiento y en el acceso a los servicios de salud pública.

e) Derecho a la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación para potenciar la interacción electrónica en los asuntos de salud pública.

f) Derecho a conocer y tener acceso a los informes y estudios oficiales sobre desigualdades en salud y su repercusión social y territorial.

g) Derecho a que las Administraciones competentes desarrollen una adecuada evaluación y, en su caso, auditoría de las actuaciones en salud pública.

h) Derecho a ser informados de las medidas preventivas que deben realizarse a fin de evitar riesgos para terceras personas.

2. Reglamentariamente se desarrollarán los contenidos y procedimientos para hacer efectivo el ejercicio de los derechos comprendidos en el apartado anterior.

Artículo 17. *Derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto a la dignidad.*

La población en Andalucía tendrá derecho al respeto de su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública.

Sección 2.ª Obligaciones

Artículo 18. *Obligaciones de la ciudadanía en materia de salud pública.*

La población en Andalucía, en materia de salud pública, deberá:

a) Utilizar adecuadamente la información recibida de las autoridades competentes relativa a la salud pública, respondiendo, en su caso, por los daños y perjuicios que se ocasionen por su indebida utilización.
b) Respetar y cumplir las medidas establecidas por la autoridad sanitaria para la prevención de riesgos, la protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública.
c) No causar, voluntariamente o por negligencia grave, un peligro para la salud de otras personas.
d) Hacer un uso responsable de las prestaciones y servicios públicos.
e) Poner en conocimiento de las autoridades sanitarias cualquier evento o situación que pueda constituir una emergencia de salud pública.
f) Cooperar con las autoridades sanitarias en la protección de la salud, la prevención de las enfermedades y las estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida.

CAPÍTULO IV

Garantías respecto a la salud pública

Artículo 19. *Centralidad de la ciudadanía.*

1. Se reconoce a la ciudadanía como la razón de ser de la actuación de las Administraciones públicas de Andalucía en materia de salud pública. El enfoque centrado en la ciudadanía deberá regir la programación y la actuación de las mismas, y se traducirá en la garantía del acceso de los ciudadanos a las prestaciones de salud pública y en la efectividad de los derechos reconocidos.
2. Las Administraciones públicas de Andalucía realizarán estudios periódicos a fin de identificar las percepciones, necesidades y expectativas de la ciudadanía en salud pública y obtener la información necesaria para responder a las mismas, teniendo en cuenta, entre otras, las perspectivas de edad, género y desigualdad social en salud.

Artículo 20. *El acceso a la información.*

1. Sin perjuicio de las disposiciones vigentes sobre el acceso a los documentos oficiales, las Administraciones públicas de Andalucía promoverán una información de salud pública de calidad, fiable y accesible a la población mediante las siguientes actuaciones:

a) Facilitando el acceso a la información sobre la salud pública.
b) Poniendo a disposición de las personas la información sobre salud pública que soliciten, en los términos establecidos en la legislación vigente, de acuerdo con los principios de agilidad en la tramitación y resolución de las solicitudes.
c) Garantizando el acceso de la población a los servicios electrónicos de salud por medio de un sistema multicanal y estableciendo una interoperatividad de los mecanismos de comunicación entre las Administraciones públicas de Andalucía que permita compartir e intercambiar información, de manera que ofrezca una visión unificada.
d) Facilitando la adecuación de la información y sus soportes a los diferentes niveles educativos, a las diferentes edades y a las discapacidades, de manera que se asegure su comprensión.
e) Colaborando con los agentes sociales para contribuir a la difusión de la información de salud pública.

2. Mediante orden de la persona titular de la Consejería competente en materia de salud, se establecerán las medidas necesarias para facilitar y hacer efectivo el ejercicio del derecho de accesibilidad a la información sobre salud pública, determinando los responsables de la información los lugares en donde se encuentra, la forma de acceder y la metodología para la creación y mantenimiento de medios de consulta de la información que se solicite.

3. Las decisiones, acciones y omisiones que impidan o limiten la accesibilidad a la información de salud pública se podrán impugnar en los términos que reglamentariamente se determinen.

Artículo 21. *Participación.*

1. La garantía del derecho a la participación de la ciudadanía en salud pública se realizará a través de las siguientes medidas:

a) Fomentar la cultura de participación en salud por parte de la población, desde la primera infancia, estimulando las alianzas con las asociaciones, en complemento y continuidad de la acción de los servicios.
b) Promover una participación real y efectiva de la ciudadanía en la elaboración, modificación y revisión de las acciones en salud pública, creando instrumentos de participación flexibles y adaptados a la misma.
c) Informar a la ciudadanía, a través de los medios apropiados, sobre cualquier iniciativa de elaboración de propuestas de planes y programas de salud.
d) Establecer que la población pueda formular observaciones y alegaciones antes de que se adopte la decisión sobre planes o programas de trascendencia para la salud.
e) Articular una política transversal de participación que afecte a todos los centros e instituciones de carácter público o privado relacionados con la salud.
f) Establecer mecanismos de información, publicidad y divulgación continuados, con la finalidad de informar a la ciudadanía de las cuestiones más relevantes en materia de salud pública. A estos efectos, se adoptarán canales de comunicación permanentes y, de manera especial, se considerará para ello a las asociaciones de consumidores y usuarios.
g) Establecer mecanismos de participación efectiva de las personas menores de edad, en los términos reglamentariamente establecidos, en la formulación, desarrollo, gestión y evaluación de las políticas en materia de salud pública.

2. Las medidas previstas en el apartado anterior serán evaluadas bienalmente por la Consejería competente en materia de salud. Para ello elaborará un informe de situación, de carácter público, que recoja los avances y las dificultades en el proceso de asegurar el derecho de participación de la ciudadanía, de modo que se mida el impacto de los mecanismos adoptados.
3. Las decisiones, acciones y omisiones que impidan o limiten la participación en los procedimientos de toma de decisiones de salud pública se podrán impugnar en los términos que reglamentariamente se determinen.

Artículo 22. *Transparencia.*

Cuando haya motivos razonables para apreciar que existe un riesgo para la salud de las personas, las autoridades sanitarias deben adoptar las medidas adecuadas para informar a la ciudadanía sobre el mismo de manera adecuada según su naturaleza, gravedad y magnitud, así como sobre las intervenciones que se adopten para prevenir, reducir o eliminar este riesgo.

Artículo 23. *Análisis de riesgo.*

1. Las actuaciones de salud pública deberán basarse en el siguiente proceso de análisis del riesgo:

a) La evaluación del riesgo debe basarse en las pruebas científicas disponibles y debe hacerse de forma independiente, objetiva y transparente, en coordinación con la Administración del Estado y las autoridades de la Unión Europea competentes en materia de salud pública y con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.
b) La gestión del riesgo debe tener en cuenta los resultados de la evaluación del mismo y, en particular, las resoluciones técnicas y dictámenes de las autoridades competentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía, las autoridades sanitarias de la Administración del Estado y de la Unión Europea y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

c) El proceso de comunicación del riesgo se establece entre las personas responsables de la evaluación y de la gestión del riesgo, los consumidores, las empresas, la comunidad académica y científica y demás partes interesadas. Este intercambio incluye la explicación de los resultados de la evaluación del riesgo y se basa en la transparencia.

2. El análisis y la gestión del riesgo serán realizados por la Consejería competente en materia de salud en colaboración con las Consejerías competentes en las materias correspondientes, así como con las entidades y organismos cuya intervención se considere pertinente.

Artículo 24. *Precaución interventora.*

1. Cuando, previa evaluación de la información disponible, se prevea la posibilidad de que se produzcan efectos nocivos para la salud derivados de un proceso o de un producto que no permita determinar el riesgo con suficiente certeza, se podrán adoptar medidas provisionales de gestión del riesgo para asegurar la protección de la salud. En cualquier caso, se estará a la espera de información científica adicional que permita una evaluación del riesgo más exhaustiva.

2. Las medidas adoptadas de acuerdo con el principio de precaución deben tomarse de forma transparente, serán proporcionadas y se revisarán en un plazo razonable en función de la naturaleza del riesgo observado y del tipo de información científica que sea necesaria.

3. Reglamentariamente se establecerán las medidas cautelares de gestión del riesgo que pueden adoptarse, el procedimiento para adoptarlas y los plazos de vigencia respectivos.

Artículo 25. *Minimización de la intervención.*

1. Ninguna persona podrá ser obligada a someterse a medidas preventivas, diagnósticas o terapéuticas si no es estrictamente necesario para preservar la salud colectiva.

2. Las actuaciones de salud pública se aplicarán haciendo uso de las alternativas menos restrictivas en el ejercicio de la autoridad, especialmente respecto a los poderes coactivos. Las funciones y servicios esenciales de la salud pública se llevarán a cabo, en la medida de lo posible, con los procedimientos y prácticas menos invasivos para los derechos e intereses de las personas físicas y jurídicas.

3. Mediante orden de la persona titular de la Consejería competente en materia de salud se establecerá el supuesto o los supuestos concretos en los que, para preservar la salud colectiva, una persona o grupo de personas podrán ser obligadas a someterse a determinadas medidas preventivas, diagnósticas o terapéuticas.

Artículo 26. *Proporcionalidad de las actuaciones.*

Las actuaciones y medidas que adopten las Administraciones públicas de Andalucía para la protección de la salud pública en el ámbito de esta ley serán proporcionales al resultado que se pretenda obtener, previa evaluación del riesgo sanitario, de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos en cada momento, y tendrán en cuenta el objetivo de reducir al mínimo, en lo posible, los efectos negativos que puedan producir sobre la libertad y la seguridad de las personas y empresas.

CAPÍTULO V

Responsabilidad y capacitación respecto a la salud pública

Artículo 27. *El aprendizaje y la capacitación en salud.*

1. Se reconoce el derecho y la responsabilidad de la ciudadanía de dotarse de habilidades y competencias para preservar, mejorar y restaurar la salud individual y colectiva y para proveerse de capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a las personas abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana en relación con su salud y con el desarrollo de su propio proceso vital humano.

2. Las Administraciones públicas de Andalucía serán responsables de promover la educación en salud, que comprenderá las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de la ciudadanía para acceder a la información, comprenderla y utilizarla para promover y mantener una buena salud. La educación en salud de la ciudadanía integrará un conjunto de programas dirigidos a formar a la ciudadanía en conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, aptitudes y valores relativos a la salud colectiva y a modos de vida saludables.

3. En el ámbito de la educación en salud explicitado en el apartado anterior, la Administración de la Junta de Andalucía prestará especial atención a la educación en salud que corresponda en las diferentes etapas educativas, de manera que las Administraciones sanitaria y educativa de Andalucía colaborarán para ello.

4. Las actuaciones formativas y de capacitación irán dirigidas a todos los sectores de la población, pero preferentemente a aquellos que soporten especiales situaciones de vulnerabilidad. La formación y el aprendizaje de la ciudadanía incorporarán la perspectiva de género y de los derechos de las personas mayores y menores de edad.

Artículo 28. *El empoderamiento de la ciudadanía en salud.*

Las Administraciones públicas de Andalucía incentivarán y promoverán el empoderamiento para la salud de la ciudadanía y la sociedad, generando un proceso de mejora continua mediante el cual las personas disfruten de libertad de elección y adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. A estos efectos:

a) Facilitarán el desarrollo de procesos de participación de la ciudadanía en las decisiones de salud pública.

b) Fomentarán el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, y las innovaciones orientadas hacia el empoderamiento de la ciudadanía a través de la información y la transparencia.

c) Establecerán mecanismos sociales de control en la definición de políticas, su regulación y evaluación, para velar por la eficacia y la eficiencia en salud pública.

Artículo 29. *Responsabilidades de la ciudadanía con la salud pública.*

En el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, las personas tienen las siguientes responsabilidades:

a) Cuidar de su salud y comprometerse con ella de una forma activa. Esta responsabilidad será exigible en los casos en que puedan derivarse riesgos o perjuicios para la salud de terceras personas.

b) Consultar las fuentes de información de los organismos oficiales sobre salud pública, especialmente en aquellas situaciones en las que puedan existir riesgos para terceras personas. Dicha información debe ser accesible y comprensible a toda la ciudadanía.

CAPÍTULO VI

La colaboración social en torno a la salud pública

Artículo 30. *Las redes ciudadanas de salud pública y alianzas sociales.*

1. Se reconoce el valor social de las redes ciudadanas de salud pública para facilitar la formación y el acceso de la ciudadanía al conocimiento sobre la salud. La Administración de la Junta de Andalucía propiciará la configuración de redes ciudadanas de salud como medida de fomento del apoyo social, en la que están implicadas las personas cuidadoras, las personas voluntarias, las organizaciones ciudadanas, las asociaciones de ayuda mutua y otras asociaciones de la sociedad civil.

2. La ciudadanía y la sociedad civil podrán cooperar con las autoridades de salud pública fomentando la participación activa y la integración en redes y alianzas sociales que aporten el control por la sociedad sobre las actuaciones de salud colectiva y exijan la rendición de cuentas con la finalidad de movilizar personas, familias y comunidades para mejorar la salud y sus determinantes.

3. Las distintas Administraciones públicas de Andalucía tendrán especial atención y sensibilidad para detectar y actuar ante mensajes negativos para la salud emitidos por las redes sociales.

Artículo 31. *El voluntariado en salud.*

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 7/2001, de 12 de julio, del Voluntariado, en el ámbito de salud pública podrá reconocerse la colaboración desinteresada, individual o colectiva, entendida como la expresión de un compromiso libre y altruista con la sociedad, que se desarrolla individualmente o dentro del marco de aquellas organizaciones sociales, cuyo objetivo sea la mejora de la salud y bienestar humano, que no tengan afán de lucro y que estén integradas principalmente por personas voluntarias.

Artículo 32. *La ayuda mutua.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía apoyarán y fomentarán a las entidades de la iniciativa social sin ánimo de lucro en el ejercicio de sus acciones de ayuda mutua en relación a los campos de actuación prioritarios en materia de salud.
2. Igualmente se promoverá la puesta en común de las experiencias y conocimientos, el trabajo grupal y cooperativo, las actividades de formación cruzada y la colaboración entre asociaciones, grupos, profesionales e investigadores.
3. Se fomentará el trabajo colaborativo conjunto entre las Administraciones públicas y las entidades de ayuda mutua en aquellos aspectos que mejoren la salud o la calidad de vida de los ciudadanos.

Artículo 33. *La responsabilidad social por la salud.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán la responsabilidad social por la salud en el seno de las empresas, comprendiendo la responsabilidad de velar por la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, en el marco de lo establecido en la legislación vigente en materia de prevención de riesgos laborales, así como de promocionar la salud y el bienestar de sus empleados y empleadas.
2. La responsabilidad social por la salud comprenderá la asunción de buenas prácticas de gestión integrada en la empresa, en particular:

a) La integración de la prevención de riesgos laborales en el proyecto de gestión de la empresa mediante el análisis de riesgos, la evaluación de riesgos laborales y la planificación y gestión de los mismos, todo ello sin perder de vista la perspectiva de género y analizando los riesgos conforme a ella.
b) La realización de auditorías preventivas, independientemente de las que vengan obligadas por ley, que posibiliten un mejor conocimiento de la seguridad laboral y la salud en el trabajo, con objeto de reducir de manera efectiva la siniestralidad laboral.
c) El desarrollo de la promoción de la salud en el lugar de trabajo a través de la promoción de hábitos de vida y entornos favorables a la salud en relación con el área de trabajo de la empresa.
d) La reducción de desigualdades en salud en el seno de la empresa.

Artículo 34. *Los acuerdos voluntarios para la mejora de la salud pública.*

1. La Consejería competente en materia de salud promoverá la celebración de acuerdos voluntarios que tengan por objeto la mejora de las condiciones legalmente establecidas en materia de salud pública.
2. Los acuerdos voluntarios podrán ser:

a) Acuerdos celebrados entre los agentes económicos y/o sociales y la Consejería competente en materia de salud u otros órganos de la Administración de la Junta de Andalucía.
b) Acuerdos que tengan como objeto la protección de la salud pública, celebrados entre personas físicas o jurídicas y la Consejería competente en materia de salud u otros órganos de la Administración de la Junta de Andalucía.

3. En el supuesto de celebración de acuerdos voluntarios por empresas, estas informarán a la representación legal de los trabajadores sobre el objeto y contenido de los acuerdos voluntarios con carácter previo a la celebración de los mismos.

4. Reglamentariamente se creará un registro público de acuerdos voluntarios donde cualquier persona interesada pueda conocer el contenido de los suscritos.

TÍTULO II

La gobernanza en salud pública

CAPÍTULO I

Salud pública en una sociedad global

Artículo 35. *Colaboración en la salud global.*

En el marco de la política de cooperación general del Estado español, se reconoce en Andalucía el principio de colaboración para la salud global y la participación en la acción colectiva internacional, que comprenderá el esfuerzo sistemático para la salud de la comunidad global y la organización de respuestas entre los miembros de esta comunidad para afrontar dichas necesidades, incluyendo la formulación de políticas, la movilización de recursos y la implantación de estrategias.

Artículo 36. *El entorno internacional de salud pública.*

1. La Administración de la Junta de Andalucía, a través de la Consejería competente en materia de coordinación de la cooperación internacional para el desarrollo, llevará a cabo actividades de cooperación con otros países e instituciones sanitarias internacionales con el objetivo de mejorar la salud de la población, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 38.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2. La Administración de la Junta de Andalucía podrá formalizar acuerdos de colaboración con autoridades sanitarias de otros países a los efectos de garantizar la adecuada prestación de salud pública a las comunidades y ciudadanía andaluzas asentadas en el exterior, conforme a lo establecido en el artículo 241 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

3. La Administración de la Junta de Andalucía, en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, promoverá programas y proyectos en países en vías de desarrollo dirigidos a mejorar la salud pública de su población, de conformidad con lo establecido en la Ley 14/2003, de 22 de diciembre, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, así como en el Plan Andaluz de Cooperación para el Desarrollo, en los planes anuales y en los programas operativos por países.

4. La Administración de la Junta de Andalucía elaborará un catálogo de recursos en materia de salud pública a disposición de programas de cooperación internacional.

Artículo 37. *Andalucía en el contexto de la Unión Europea en materia de salud pública.*

1. En materia de salud pública, corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía la transposición, desarrollo y ejecución de la normativa comunitaria en aquellos ámbitos que sean propios de su competencia, al amparo de lo previsto en el artículo 235 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

2. La Administración de la Junta de Andalucía promoverá la convergencia con las estrategias de la Unión Europea y los programas de acción comunitarios en el ámbito de la salud pública, en los términos del Estatuto de Autonomía para Andalucía y de la legislación vigente en la materia.

3. La Administración de la Junta de Andalucía participará de modo efectivo en el proceso de formación de la voluntad del Estado en lo referente a la adopción de decisiones y la emisión de actos normativos, por los órganos de la Unión Europea, que afecten a materia de salud pública, en los términos previstos en las leyes.

Artículo 38. *Las relaciones de cooperación con la Administración del Estado.*

1. La programación de las actividades de salud pública que se lleven a cabo por la Junta de Andalucía se armonizará en el contexto de los planes y programas nacionales de salud pública, en el marco de la función de coordinación general de la sanidad que el artículo 149.1.16.ª de la Constitución atribuye al Estado y, en especial, con el Plan de Cooperación y Armonización de Actuaciones en el Ámbito de la Salud Pública, previsto en el artículo 66 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

2. La Administración de la Junta de Andalucía participará activamente en la planificación estatal sobre salud pública. Esta participación irá dirigida a la consecución de una coordinación, integración y aprovechamiento de las actividades y actuaciones que se desarrollen a fin de mejorar la salud de toda la población.

3. La Administración de la Junta de Andalucía promoverá la celebración de convenios con la Administración del Estado, así como la adopción de cuantas medidas sean precisas para hacer efectiva la cooperación mutua en salud pública.

4. La Administración de la Junta de Andalucía podrá acordar la realización de planes y programas conjuntos de actuación con la Administración del Estado para el logro de objetivos comunes en las materias objeto de la presente ley.

Artículo 39. *Las relaciones con otras Comunidades Autónomas y con las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla en salud pública.*

1. La Administración de la Junta de Andalucía podrá establecer relaciones de cooperación con otras Comunidades Autónomas para la consecución de objetivos comunes en materia de salud pública mediante la celebración de convenios de colaboración y acuerdos de cooperación, de conformidad con lo establecido en el artículo 226 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

2. Asimismo, la Administración de la Junta de Andalucía podrá formalizar convenios de colaboración con las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, de acuerdo con lo establecido en el artículo 228 del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

CAPÍTULO II

La salud pública en el ámbito local

Artículo 40. *La autonomía local en salud pública.*

1. Corresponde a los municipios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones públicas, el ejercicio de las competencias propias establecidas en la legislación básica en materia de entidades locales, en la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, y en el artículo 38 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

2. Sin perjuicio de las competencias autonómicas, corresponderá a los municipios andaluces velar en sus respectivos territorios por la protección y la promoción de la salud de la población en las competencias que puedan asumir, conforme a lo dispuesto en la correspondiente legislación reguladora en esta materia.

3. Los municipios asumen la coordinación de las intervenciones contempladas en el Plan Local de Salud en materia de promoción de salud comunitaria en su territorio, incorporando y articulando la acción y participación de la población y de los diferentes sectores públicos y privados implicados.

Artículo 41. *El Plan Local de Salud.*

1. El Plan Local de Salud es el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio o de una mancomunidad de municipios. La elaboración, aprobación, implementación y ejecución de este plan corresponden a los municipios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.13 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía.

2. El Plan Local de Salud abordará los siguientes contenidos mínimos:

a) El hogar y la familia como centro de la intervención.
b) Seguridad y gestión del riesgo: vial, laboral, alimentaria, medioambiental y ciudadana.
c) Reducción de las desigualdades en salud: socioeconómica, cultural, de género, que afecten a grupos específicos o a personas en situación o en riesgo de exclusión.
d) Estilos de vida saludable: actividad física, alimentación equilibrada y lucha contra el tabaquismo.
e) Entornos saludables y estrategias sostenibles: escuelas, lugares de encuentro, ocio y paseo.
f) Elementos de protección en relación con las garantías en salud alimentaria y salud medioambiental.

Artículo 42. *La cooperación para el desarrollo de la salud pública en el territorio.*

1. En el marco del Plan Andaluz de Salud, la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía establecerá un programa de cooperación y armonización en materia de salud pública con los municipios andaluces, así como iniciativas dinámicas, con el fin de lograr un desarrollo equilibrado, social y territorial.
2. Reglamentariamente, se creará la Comisión Andaluza de Cooperación en Salud Pública como órgano de colaboración, coordinación y cooperación entre la Administración de la Junta de Andalucía y las corporaciones locales en las materias reguladas en esta ley.

CAPÍTULO III

La organización de la salud pública en la Junta de Andalucía

Artículo 43. *Principios de la organización básica de salud pública.*

La organización y la prestación de los servicios de la salud pública se basarán en los siguientes principios:

a) El reconocimiento de los derechos y las garantías de la ciudadanía.
b) La defensa de la salud colectiva.
c) La participación activa de la ciudadanía.
d) La gobernanza en salud pública.
e) Las alianzas intersectoriales en salud.
f) La integración y transversalidad de la salud pública.
g) La transparencia e independencia en sus actuaciones.
h) La modernización y actualización de los servicios y estructuras de la salud pública.
i) La investigación e innovaciones aplicadas en salud pública.
j) El fortalecimiento del desarrollo profesional de las personas que prestan servicios en salud pública y la creación de nuevos perfiles profesionales en salud pública.
k) La evaluación de las actividades y la calidad, entendida como excelencia, pertinencia y orientación a la obtención de resultados.
l) Reforzamiento progresivo del sector público en el sistema de salud.

Artículo 44. *La Consejería competente en materia de salud.*

1. Sin perjuicio de las atribuciones del Consejo de Gobierno y de lo dispuesto en el artículo 62 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, la Consejería competente en materia de salud en el ámbito de sus competencias asume la superior dirección y coordinación de las políticas de salud pública y, en concreto, le corresponden las siguientes competencias:

a) El establecimiento de las bases y estructuras fundamentales de salud pública en el contexto del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
b) La planificación y coordinación del marco de políticas y líneas estratégicas de salud pública de la Administración de la Junta de Andalucía.
c) La cooperación intersectorial y multidisciplinaria en el ámbito de la Administración de la Junta de Andalucía y la cooperación con las otras Administraciones públicas en el ámbito de la salud pública.

d) La coordinación con las políticas estatales y europeas en materia de salud pública.

e) El fomento de la participación ciudadana en salud pública.

f) La fijación de objetivos de mejora de la salud y de garantía de derechos de salud pública bajo el principio de sostenibilidad financiera del sistema.

g) Proponer, cuando proceda, la ampliación del catálogo de prestaciones básicas sobre salud pública ofrecidas por el Sistema Nacional de Salud.

h) La evaluación del impacto en salud.

2. El Consejo de Gobierno establecerá, en el seno de la Consejería competente en materia de salud, un servicio administrativo con gestión diferenciada, de los previstos en el artículo 15 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, que aglutinará aquellos órganos o unidades responsables de la gestión y provisión de servicios de salud pública, en aras de ofrecer una respuesta coordinada y eficaz a las necesidades de la población en dicho ámbito.

Artículo 45. *El Servicio Andaluz de Salud y demás entidades públicas que prestan servicios de salud pública.*

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud y demás entidades públicas adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía que presten actividades de salud pública coordinarán y armonizarán sus acciones con la Consejería con competencias en materia de salud.

2. Bajo la superior dirección de la Consejería con competencias en materia de salud, el Servicio Andaluz de Salud y las demás entidades públicas de la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía regularán los vínculos y obligaciones a través de un acuerdo de colaboración sobre salud pública en el marco competencial de la presente ley y la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

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.

Artículo 47. *La Escuela Andaluza de Salud Pública.*

(Derogado)

Artículo 48. *El Observatorio de Salud Pública de Andalucía.*

(Derogado)

CAPÍTULO IV

Salud en todas las políticas

Artículo 49. *Principio orientador de la Administración sanitaria pública de Andalucía.*

La Administración sanitaria pública de Andalucía orientará su actuación a la satisfacción de las necesidades en salud de la ciudadanía, ejerciendo una buena administración, con la participación de la ciudadanía, y que se articula en forma de red desplegada para la eficaz y eficiente provisión de los servicios públicos de salud pública.

Artículo 50. *La transversalidad de la salud.*

1. Se reconoce el carácter transversal de la salud pública, que comprende la integración de la perspectiva de la salud pública en el ejercicio de las competencias de las distintas

políticas y acciones públicas, desde la consideración sistemática de los determinantes de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad en salud.

2. Los poderes públicos potenciarán que la perspectiva de la salud pública esté presente en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas y de las políticas en todos los ámbitos de actuación, considerando sistemáticamente las prioridades y necesidades propias de la salud colectiva, teniendo en cuenta su incidencia en la situación específica de las personas y grupos de población, al objeto de adaptarlas para mitigar los efectos discriminatorios y fomentar la equidad en salud.

3. La transversalidad se ejercitará a través de la coordinación y cooperación intersectorial y multidisciplinaria, como elemento de cohesión de las políticas públicas de las entidades e instituciones con responsabilidades sobre la salud pública.

4. Se dará prioridad a la intersectorialidad en las áreas de educación, bienestar social, políticas de igualdad, medio ambiente, agricultura, consumo, empleo y vivienda.

Artículo 51. *La cooperación entre los profesionales de la salud pública.*

1. En el marco de la Administración sanitaria pública de Andalucía se potenciará el sistema de trabajo cooperativo centrado en las formas de colaboración más convenientes entre personas o grupos de personas que deben realizar una tarea común en el seno de la organización administrativa.

2. La Administración sanitaria de la Junta de Andalucía fomentará el uso de las tecnologías adecuadas para la cooperación que permitan potenciar la comunicación, la colaboración y la coordinación de actividades y tareas entre las unidades administrativas que actúen en el ámbito de la salud pública.

3. La Administración de la salud pública fomentará el uso de plataformas electrónicas con capacidad para articular la efectiva participación de los profesionales de salud pública que las utilicen y donde se puedan compartir recursos y elaborar procedimientos comunes de trabajo.

Artículo 52. *La cooperación interadministrativa.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía competentes en materia de salud pública ajustarán su actuación a los principios de colaboración, coordinación y cooperación que rigen las relaciones interadministrativas, haciendo posible una utilización eficaz y eficiente de los recursos humanos y materiales de que dispongan y con el objetivo de alcanzar un elevado nivel de protección de la salud pública.

2. Con la finalidad de fomentar la necesaria cooperación interadministrativa, la Administración de la Junta de Andalucía establecerá fórmulas de cooperación con las Administraciones locales para el desarrollo de las competencias de salud pública y de los respectivos planes de salud.

Artículo 53. *Las alianzas y la cooperación.*

Se fomentarán las alianzas estratégicas con otras Administraciones públicas, universidades, centros de investigación y otras entidades autonómicas, nacionales e internacionales que aporten elementos de interés para la salud pública en Andalucía.

Artículo 54. *La planificación en salud pública.*

1. La planificación de la salud pública en Andalucía se concretará en el desarrollo de las políticas de salud en el marco del Plan Andaluz de Salud, de conformidad con lo establecido en los artículos 30 a 33 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

2. En el marco del Plan Andaluz de Salud vigente, por la Consejería competente en materia de salud, se fomentará el desarrollo de planes provinciales.

3. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, la Consejería competente en materia de salud velará por el desarrollo de los planes locales de acción en salud a los que se refiere el artículo 38.

CAPÍTULO V

La evaluación del impacto en la salud

Artículo 55. *Objeto.*

La evaluación del impacto en la salud tiene por objeto valorar los posibles efectos directos o indirectos sobre la salud de la población de los planes, programas, obras o actividades recogidos en el artículo 56, y señalar las medidas necesarias para eliminar o reducir hasta límites razonables los efectos negativos y reforzar los efectos positivos.

Artículo 56. *Ámbito de aplicación.*

1. Se someterán a informe de evaluación del impacto en la salud:

a) Los planes y programas que se elaboren o aprueben por la Administración de la Junta de Andalucía con clara incidencia en la salud, siempre que su elaboración y aprobación vengan exigidas por una disposición legal o reglamentaria, o por Acuerdo del Consejo de Gobierno, y así se determine en el acuerdo de formulación del referido plan o programa.

b) Los siguientes instrumentos de ordenación urbanística de la Ley de Impulso para la Sostenibilidad del Territorio de Andalucía:

1.º Los instrumentos de ordenación urbanística general.

2.º Los planes de ordenación urbana, los planes parciales de ordenación y los planes de reforma interior, salvo en los supuestos del apartado 3.c).

3.º Los planes especiales de adecuación ambiental y territorial de agrupaciones de edificaciones irregulares y los que tengan por objeto la ordenación de servicios, infraestructuras o equipamientos.

4.º Las revisiones y modificaciones de los instrumentos de ordenación urbanística anteriores.

c) Aquellas actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos, que deban someterse a los instrumentos de prevención y control ambiental establecidos en los párrafos a) del artículo 16.1 de la Ley 7/2007, de 9 de julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental. Asimismo, se someterán a evaluación de impacto en salud aquellas actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos, que deban someterse a los instrumentos de prevención y control ambiental establecidos en los párrafos b) y d) del artículo 16.1 de la Ley 7/2007, de 9 de julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental, y que se encuentren incluidos en el Anexo I de la presente Ley.

En estos supuestos, la resolución de los instrumentos señalados anteriormente contendrá el informe de evaluación de impacto en la salud.

d) Aquellas otras actividades y obras, no contempladas en el párrafo anterior, que se determinen mediante decreto del Consejo de Gobierno, sobre la base de la evidencia de su previsible impacto en la salud de las personas.

2. En el informe de impacto en la salud de las actividades y obras a que se refieren los párrafos c) y d) del apartado anterior, se podrá establecer la necesidad de delimitar una zona de seguridad para la protección de la salud con limitaciones de uso para las actividades humanas que específicamente se determinen.

3. No obstante lo dispuesto en el apartado 1 del presente artículo, no se someterán a evaluación del impacto en la salud:

a) Los planes y programas que se elaboren o aprueben por las Administraciones Públicas y que tengan como único objeto la defensa nacional o la protección civil en casos de emergencia, así como aquellos de carácter estrictamente financiero o presupuestario.

b) Las actuaciones a las que hacen referencia los párrafos b) y c) del apartado 1 de este artículo, que no presenten impactos significativos en la salud y así se determine expresamente por la Consejería competente en materia de Salud. Este pronunciamiento tendrá lugar en el proceso de cribado inserto en el trámite de consultas previas al procedimiento de evaluación del impacto en la salud previsto en el artículo 59.5, al que con carácter potestativo podrán acogerse las personas promotoras de las actuaciones anteriormente citadas.

c) Los planes parciales de ordenación y planes de reforma interior que desarrollen la ordenación pormenorizada de los instrumentos de ordenación general vigentes a la entrada en vigor de la Ley 7/2021, de 1 de diciembre, de impulso para la sostenibilidad del territorio de Andalucía que hayan sido objeto de evaluación de impacto en la salud, a menos que exista un pronunciamiento expreso en dicha evaluación que implique la necesidad de someterlo a Evaluación de Impacto en Salud.

d) Aquellas actividades y obras, públicas y privadas, y sus proyectos que se localicen, con carácter general, a una distancia superior a 1.000 metros de una zona residencial.

Artículo 57. *Metodología para la evaluación del impacto en salud.*

Reglamentariamente se establecerán los contenidos y la metodología para la evaluación del impacto en salud en cada uno de los supuestos contemplados en el artículo anterior, que en cualquier caso contemplarán:

a) Una valoración del impacto en salud anterior al inicio de la actividad, que será formulada por la institución, organismo o persona pública o privada que sea la promotora de la misma.

b) Un informe de evaluación del impacto en salud, que será emitido por la Consejería competente en materia de salud pública, sobre la valoración del impacto en la salud realizada, en los plazos y con el alcance que la ley establece.

Artículo 58. *Informe de evaluación del impacto en salud.*

1. En los procedimientos de aprobación de los planes y programas a los que se refiere el artículo 56.1.a), será preceptivo el informe de evaluación de impacto en salud, que deberá emitirse en el plazo máximo de un mes. Excepcionalmente, mediante resolución motivada, dicho plazo podrá ser ampliado hasta un máximo de tres meses.

De no emitirse en el plazo señalado, este informe se entenderá favorable y se proseguirán las actuaciones.

2. En los procedimientos de aprobación de instrumentos de planeamiento urbanístico a los que se refiere la letra b), del artículo 56.1, será preceptivo y vinculante el informe de evaluación de impacto en salud, que deberá emitirse en el plazo máximo de tres meses. Si transcurrido dicho plazo no se hubiera evacuado el informe citado, se entenderá su conformidad al plan propuesto.

3. En los procedimientos de autorización de actividades y obras, y sus proyectos, a los que se refiere las letras c) y d) del artículo 56.1, será preceptivo y vinculante el informe de evaluación de impacto en salud, que deberá emitirse en el plazo máximo de un mes. Excepcionalmente, mediante resolución motivada, dicho plazo podrá ser ampliado hasta un máximo de tres meses. De no emitirse el informe a que se refiere el párrafo anterior en el plazo señalado, se estará a lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Artículo 59. *Procedimiento para la evaluación del impacto en salud.*

1. En los supuestos contemplados en el artículo 56.1.a), el organismo o entidad promotora del plan o programa solicitará a la Consejería competente en materia de salud el informe de evaluación de impacto en salud, previa presentación de la correspondiente valoración del impacto en salud.

2. En los supuestos contemplados en el artículo 56.1.b), el promotor solicitará a la Consejería competente en materia de salud el informe de evaluación de impacto en salud, adjuntando la valoración del impacto en salud en los términos y con los procedimientos establecidos en el artículo 40 de la Ley 7/2007, de 9 de julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental.

3. En los supuestos contemplados en el artículo 56.1.c), cuando las actividades estén sometidas a autorización ambiental integrada o unificada, la evaluación de impacto en salud se efectuará de conformidad con lo dispuesto en los artículos 24 y 31 de la Ley 7/2007, de 9 de julio. Cuando se trate de actuaciones que estén sujetas a calificación ambiental, el

informe de evaluación de impacto en la salud se exigirá en el procedimiento de concesión de la licencia municipal. A tal efecto, junto con la solicitud de la correspondiente licencia, los titulares o promotores de las actuaciones presentarán una valoración de impacto en la salud. Los ayuntamientos darán traslado de dicha valoración a la Consejería competente en materia de salud para la emisión del correspondiente informe de evaluación de impacto en salud.

4. En los supuestos contemplados en el artículo 56.1.d), el procedimiento para la tramitación de la valoración y del informe de evaluación de impacto en salud se desarrollará reglamentariamente, teniendo en cuenta los criterios de garantía, de seguridad jurídica, de eficacia y de simplificación administrativa, atendiendo a la naturaleza de cada actividad.

5. Se regulará reglamentariamente un trámite de consultas previas al que voluntariamente podrán acogerse las personas o entidades interesadas. En este trámite la Consejería competente en materia de salud informará sobre la procedencia o no de someter la actuación a evaluación del impacto en la salud, así como sobre el alcance de la valoración del impacto en la salud, cuando deba presentarse.

TÍTULO III

Las acciones en salud pública

CAPÍTULO I

Las prestaciones de salud pública

Artículo 60. *Las prestaciones de salud pública.*

1. La prestación de salud pública, de conformidad con lo establecido en el artículo 11.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas andaluzas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.

2. Las prestaciones en este ámbito comprenderán, además de las contenidas en el artículo 11.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las siguientes:

a) La vigilancia de las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de salud que puedan tener su origen en diferencias socioeconómicas, de género, lugar de residencia, cultura o discapacidad.

b) La evaluación del impacto de las intervenciones para mejorar la salud de la ciudadanía.

c) La promoción y protección de la calidad acústica del entorno.

d) La promoción, la protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud en los establecimientos públicos, lugares y sitios de convivencia humana.

e) La promoción, la protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud derivados del ejercicio de prácticas y actividades realizadas sobre el cuerpo humano en establecimientos de atención personal de carácter no terapéutico que puedan tener consecuencias negativas para la salud.

f) La promoción, la protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud en relación con el ejercicio de terapias naturales realizadas sobre el cuerpo humano en centros y establecimientos no sanitarios, incluidas las acciones de intervención administrativa y control sanitario.

g) La farmacovigilancia y el control sanitario de otros productos de utilización diagnóstica, terapéutica o auxiliar que puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.

h) La prevención y protección de la salud ante cualquier otro factor de riesgo, en especial la prevención de las discapacidades y dependencias.

i) La prestación de los servicios de análisis de laboratorio en materia de salud pública en el marco de actuación de la Consejería competente en materia de salud.

j) La policía sanitaria mortuoria.

k) La vigilancia e intervención frente a la zoonosis.

l) El control sanitario de la publicidad en el marco de la normativa vigente.

m) La promoción y la protección de la salud en la ordenación del territorio y el urbanismo.

n) La prevención y protección de la salud en las viviendas y en los entornos residenciales.

o) La promoción y protección de la salud asociadas a los medios de transporte.

p) La prevención, detección precoz y protección de la salud en casos de maltrato y abuso sexual infantil y en aquellas situaciones de riesgo que perjudiquen la salud de las personas menores.

q) La atención temprana dirigida a la población infantil de 0 a 6 años afectada por trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos.

3. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía actualizará las prestaciones de salud pública, incorporando aquellas que generen los progresos científicos en salud pública que sean fiables, seguras y fundamentadas en la evidencia científica disponible, siempre que sean esenciales para alcanzar el más alto grado de salud.

4. Las actuaciones de salud pública de las Administraciones públicas de Andalucía deberán dirigirse prioritariamente a las personas más vulnerables y a procurar la equidad social, étnica, cultural, económica, territorial y de género. También se desarrollarán actuaciones específicamente dirigidas a las personas con discapacidad o dependencia y a quienes las cuidan.

Artículo 61. *La cartera de servicios de salud pública.*

1. En el marco de lo dispuesto en el artículo 20.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía será aprobada por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía a propuesta de la Consejería competente en materia de salud, tras el estudio de las necesidades de salud de la población y los criterios científicos relevantes de aplicación.

2. La cartera de servicios de salud pública de Andalucía definirá de forma detallada las prestaciones e indicará las estructuras administrativas encargadas de llevarlas a cabo, así como los sistemas de acreditación, información y registro normalizados que permitan la evaluación continua y descentralizada.

3. La cartera de servicios de salud pública comprenderá el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos que permitan hacer efectivas todas las prestaciones de salud pública definidas en el artículo 60, e integrará también las actuaciones de salud pública incluidas en otras carteras de servicios del Sistema Nacional de Salud, especialmente la cartera de servicios de atención primaria, y será actualizada periódicamente para atender los nuevos problemas y necesidades de salud.

CAPÍTULO II

El Sistema de Vigilancia e Información

Artículo 62. *Sistema de Vigilancia en Salud.*

1. La Consejería competente en materia de salud dispone de un Sistema de Vigilancia en Salud definido como estructura orgánica y funcional, basado en la detección, intervención y seguimiento de los problemas y de los determinantes de la salud de la población, mediante la recogida sistemática de datos, la integración y análisis de los mismos, y la utilización y difusión oportuna de esta información, para desarrollar y evaluar las actuaciones orientadas a proteger o mejorar la salud colectiva.

2. Las funciones del Sistema de Vigilancia en Salud serán:

a) Conocer la epidemiología de los principales problemas de salud y sus determinantes.

b) Identificar desigualdades en salud de origen geográfico, de género, ocasionadas por la accesibilidad o la utilización de servicios de salud, por la exposición a riesgos para la salud o derivadas del hecho migratorio.

c) Incorporar y analizar la información sobre los efectos de los riesgos ambientales, alimentarios, originados por medicamentos y productos sanitarios, laborales o de otro tipo sobre la salud de la población.

d) Detectar e intervenir precozmente ante situaciones epidémicas o de riesgo con impacto sobre la salud de la población.

e) Contribuir a la planificación de los servicios de salud en los distintos niveles de la estructura sanitaria.

f) Facilitar la evaluación de las intervenciones en salud pública en los distintos niveles de la estructura sanitaria.

3. El órgano competente en materia de salud pública de la Consejería competente en materia de salud será el responsable de elaborar planes y programas de vigilancia en el ámbito de las enfermedades transmisibles y de las no transmisibles a personas. En su elaboración deben priorizarse problemas de especial relevancia para la salud pública que causen brotes epidémicos o que sean prevenibles, y aquellos que se aborden en los planes y programas de la Consejería.

4. El órgano competente en salud pública es el responsable de realizar estudios epidemiológicos puntuales y específicos orientados a conocer los riesgos y el estado de salud de la población y la evaluación del impacto de las intervenciones en salud pública.

5. Las Administraciones públicas de Andalucía desarrollarán y reforzarán la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia, en la investigación y control de los riesgos, a las emergencias en salud pública.

6. El Sistema de Vigilancia en Salud actuará coordinadamente con otros sistemas de vigilancia existentes en el ámbito de la salud pública nacionales o internacionales y de otras administraciones.

7. Todos los centros y profesionales sanitarios, tanto públicos como privados, con independencia de su finalidad, forman parte funcionalmente del Sistema de Vigilancia en Salud aportando la información necesaria para la vigilancia en salud de la población.

8. El Sistema de Vigilancia en Salud se estructura, orgánicamente, en dos niveles organizativos dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

a) Nivel integrado por el órgano competente en materia de salud pública y Delegaciones Territoriales o, en su caso, Provinciales de la Consejería con competencia en materia de salud.

b) Nivel integrado por las Áreas de Gestión Sanitaria, Distritos de Atención Primaria y Hospitales.

9. El Sistema de Vigilancia en Salud dispone de una red de profesionales de salud pública en el campo de acción o área profesional de la epidemiología, adscrita a los distintos niveles organizativos y dedicada específicamente a la vigilancia de la salud de la población.

10. En las Áreas de Gestión Sanitaria, Distritos de Atención Primaria y Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, los profesionales de salud pública dedicados a la vigilancia de la salud de la población se adscriben a las Unidades de Gestión Cínica de Salud Pública o a los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública según corresponda.

11. La red de profesionales de salud pública dedicados a la vigilancia de la salud de la población dependerá funcionalmente de la autoridad sanitaria en materia de salud pública.

12. El Sistema de Vigilancia en Salud dispondrá de redes de vigilancia centinela en salud pública, compuesta por profesionales, laboratorios o centros sanitarios, que aportarán información complementaria para la mejora de la calidad de la vigilancia de la salud de la población en aquellos problemas de salud que se determinen.

Artículo 63. *Sistema de Información de Vigilancia en Salud.*

1. El Sistema de Vigilancia dispondrá de un Sistema de Información de Vigilancia en Salud, entendido como sistema organizado de información de utilidad para la vigilancia y acción en salud pública.

2. El Sistema de Información de Vigilancia en Salud recogerá las variables que permitan analizar la equidad en salud, incorporando datos desagregados que permitan identificar los problemas para la adopción de medidas oportunas, asegurar la calidad de la información y realizar un análisis epidemiológico según el nivel socioeconómico y educativo, la situación laboral, el género, la edad, la condición de discapacidad, el ámbito geográfico y la tendencia en el tiempo.

Artículo 64. *Obligaciones.*

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios tanto del sector público como privado, así como los profesionales sanitarios en ejercicio, están obligados a facilitar la información solicitada por el Sistema de Vigilancia en Salud.

2. Las Administraciones públicas de Andalucía y las personas físicas y jurídicas están obligadas a participar, en el ámbito de sus competencias, en el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud. Los datos de carácter personal, recogidos o elaborados por las Administraciones públicas para el desempeño de sus atribuciones, que versen sobre materias relacionadas con la salud pública serán comunicados a este Sistema de Información de Vigilancia en Salud con objeto de su tratamiento posterior para garantizar la protección de la salud de los habitantes de la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como con fines históricos, estadísticos o científicos en el ámbito de la salud pública. La cesión de datos de carácter personal estará sujeta a la legislación en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 65. *Seguridad de la información.*

1. En todos los niveles del Sistema de Información de Vigilancia en Salud se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos, quedando obligados al secreto profesional todos aquellos que, en virtud de sus competencias, tengan acceso a los mismos.

2. Los titulares de datos personales tratados en virtud de esta ley ejercerán sus derechos de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Artículo 66. *Sistema Integral de Alerta en Salud Pública.*

1. Se establece en la Consejería con competencias en materia de salud el Sistema Integral de Alerta en Salud Pública con el fin de detectar y coordinar la respuesta ante alertas y emergencias sanitarias, que impliquen una amenaza real o potencial para la salud de la población en Andalucía, o que puedan tener repercusión a nivel nacional o internacional, así como en los casos de alarma social provocada por la difusión de noticias relacionadas con la salud pública o con la prestación de servicios sanitarios.

2. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública desarrollará los siguientes objetivos:

a) Evaluar rápidamente el riesgo para la salud pública de estas situaciones de alertas y emergencias sanitarias.

b) Identificar y notificar aquellas situaciones de alertas y emergencias sanitarias clasificadas de riesgo para la salud pública.

c) Proporcionar el apoyo logístico y coordinar los medios operativos para la respuesta en las situaciones de alerta y emergencia que puedan afectar a la salud de la población.

d) Realizar el seguimiento de estas situaciones de alertas y emergencias sanitarias y la evaluación de las acciones de respuestas llevadas a cabo para el control de las mismas.

e) Coordinar las informaciones y las comunicaciones en relación con las alertas, emergencias y situaciones de alto impacto para la salud.

f) Servir de apoyo al plan de respuesta de salud pública para alertas por riesgos extraordinarios de cualquier ámbito.

g) Integrar en una única red de profesionales de salud pública la detección de riesgos, la planificación y preparación de respuestas y el desarrollo de las intervenciones en salud pública así como su coordinación.

3. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública actuará coordinadamente con otros sistemas de alertas existentes en el ámbito de salud pública nacionales o internacionales y de otras administraciones.

4. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública establecerá los mecanismos para informar y comunicar el riesgo a la ciudadanía, con especial atención a los consumidores y usuarios, a las empresas implicadas, a la comunidad científica y académica y demás partes interesadas.

5. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública se estructura en los siguientes niveles organizativos dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

a) Nivel integrado por el órgano competente en materia de salud pública y Delegaciones Territoriales o, en su caso, Provinciales de la Consejería competente en materia de salud.

b) Nivel integrado por los Distritos de Atención Primaria, Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria.

6. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública dispone de una red de profesionales de salud pública dedicados específicamente a la detección y a la intervención u organización de la intervención en las alertas de salud pública durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

7. La red de profesionales de salud pública que actuará ante una alerta de salud pública dependerá funcionalmente de la autoridad sanitaria en materia de salud pública.

8. Los profesionales de la red tendrán la consideración de agentes de la autoridad sanitaria en la intervención u organización de la intervención en las alertas de salud pública.

9. La coordinación de la intervención en las alertas de salud pública se establecerá en función del ámbito territorial y tipo de alerta.

10. La coordinación de la intervención en las alertas de salud pública con afectación humana dependerá de los profesionales de vigilancia en salud del área de conocimiento de la epidemiología o de la medicina preventiva y salud pública, según el ámbito de la alerta.

11. Para llevar a cabo las actuaciones oportunas esta red de profesionales se apoyará en los servicios de las unidades asistenciales y de emergencias sanitarias, protección, promoción, salud laboral y aquellos que se consideren necesarios y proporcionados para el control de las alertas.

12. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública contará con el Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto como órgano colegiado, de naturaleza decisoria y de participación administrativa, adscrito a la Consejería con competencias en materia de salud, para la gestión y coordinación de situaciones de alerta de salud pública en Andalucía y el impulso de las actuaciones conjuntas que se desarrollen con el objeto de hacer frente a las mismas. Este Consejo se convocará en aquellas situaciones que determine la persona titular de la Consejería competente en materia de salud, a propuesta de quien ostente la titularidad del órgano competente en materia de salud pública. En la norma de creación de este Consejo se determinarán los requisitos exigidos por la normativa vigente en materia de órganos colegiados.

Artículo 67. *La salud laboral.*

La Administración sanitaria pública de Andalucía, en el ámbito de la salud laboral, además de las previstas en el artículo 17 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, desarrollará las siguientes actuaciones en colaboración con la Consejería competente en materia de prevención de riesgos laborales:

a) La vigilancia y estudio de los problemas de salud laboral, en base a los datos de lesiones por accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades relacionadas con el trabajo, incapacidad temporal y permanente y mortalidad por patologías profesionales y otra información que sea de interés.

b) El establecimiento y revisión de los protocolos para la vigilancia de la salud individual de las personas trabajadoras expuestas a riesgos laborales, con especial atención al ámbito de la actividad laboral temporera.

c) El desarrollo de los programas de vigilancia de la salud posocupacional, de acuerdo con la legislación específica de prevención de riesgos laborales, especialmente con las personas trabajadoras expuestas al amianto y otros agentes cancerígenos.

d) La promoción de la realización de actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

e) La identificación y prevención de patologías que, con carácter general, puedan verse producidas o agravadas por las condiciones de trabajo.

f) La promoción de la formación de los profesionales de la medicina y enfermería del trabajo.

g) La elaboración de un mapa de riesgos laborales para la salud de las personas trabajadoras en colaboración con la autoridad laboral competente.

h) El establecimiento de un sistema de información sanitaria que posibilite el control epidemiológico laboral y de las patologías profesionales.

i) Cualesquiera otras que promuevan la mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud de las personas trabajadoras.

CAPÍTULO III

La promoción de la salud

Artículo 68. *La promoción de la salud.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía prestarán especial atención a la promoción de la salud de todas las personas en Andalucía, promoviendo las acciones destinadas a fomentar el desarrollo físico, mental y social de las personas y a crear las condiciones que faciliten a estas y a la sociedad las opciones más saludables. También propiciarán en las personas las actitudes, los valores y las conductas necesarios para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. Con este propósito se crearán, en coordinación con las instituciones competentes, mecanismos que permitan el desarrollo de programas locales y regionales de salud que tengan como base la relación intersectorial y la participación ciudadana en la formulación y ejecución de políticas públicas saludables.

2. Las actuaciones de promoción de salud se dirigirán a todas las etapas de la vida de las personas –infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez– e irán destinadas a promover la salud física y mental, mejorando la competencia de las personas y acondicionando sus entornos, de forma que:

a) El embarazo, el parto y el nacimiento puedan ser saludables y gratificantes, respetando las preferencias de la madre cuando el nivel de riesgo lo permita.

b) El desarrollo infantil pueda ser seguro, saludable y con especial atención al desarrollo de las competencias personales en las primeras etapas de la vida.

c) La alimentación pueda ser equilibrada y se fomente la lactancia materna.

d) La actividad física pueda ser saludable, factible y atractiva.

e) La sexualidad de las personas, de cualquier orientación, pueda ser una vivencia saludable, respetuosa y satisfactoria.

f) El cuidado y la higiene personal, incluida la bucodental, puedan ser hábitos adquiridos desde la infancia y mantenidos a lo largo de la vida.

g) El consumo de tabaco y otras sustancias adictivas se evite, se retrase o se abandone.

h) El consumo de alcohol, así como otras conductas con riesgo de crear adicción, se haga de forma que se minimice dicho riesgo y se promueva la reducción de daños.

i) Las relaciones personales, parentales y de convivencia se basen en valores democráticos, igualitarios, solidarios y de respeto a las diferencias.

j) Los lugares de trabajo y los espacios de ocio y convivencia puedan ser saludables.

k) El envejecimiento sea activo y se fomente la autonomía de las personas.

l) Los estilos de vida de las personas con enfermedad crónica contribuyan a prolongar la duración de una vida libre de discapacidad y de dependencia.

m) Ni los roles de género ni las diferencias de nivel cultural, de capacidad funcional, de etnia o de situación socioeconómica constituyan una fuente de desventaja o discriminación para poder elegir los estilos de vida más saludables.

n) Se fomente la recuperación de la trayectoria vital de las personas, de la propia estima y del valor social de la persona, en relación con las personas que vean truncado su proyecto de vida por sufrir un problema de salud mental o física.

3. Las acciones de promoción de salud tendrán como escenario los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve la vida en las diferentes edades: la familia, el ámbito educativo, el lugar de trabajo, los espacios de ocio, el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto.

4. La Administración sanitaria pública de Andalucía, en el ámbito de la promoción de la salud, desarrollará las siguientes acciones:

a) Informativas, dirigidas a la población general o a grupos específicos de personas, sobre los estilos de vida y los entornos más saludables.

b) De sensibilización y motivación individual y colectiva, orientadas a favorecer actitudes saludables y solidarias, así como a difundir el valor de la salud como un activo individual y social.

c) Educativas, para personas de distintos tipos y edades, y con diversas estrategias pedagógicas, con el fin de mejorar las competencias de las personas en la toma de decisiones respecto de los aspectos de su vida relacionados con la salud y el desarrollo personal.

d) Formativas, destinadas a mejorar las competencias de quienes participen en actividades de promoción de la salud.

e) Normativas, destinadas a propiciar entornos en los que se facilite la elección de conductas saludables.

f) De control del cumplimiento de las normas vigentes, encaminadas a proteger el derecho a elegir las conductas más saludables y a vivir en entornos saludables y seguros.

g) Investigadoras, con el fin de mejorar los conocimientos científicos sobre los estilos de vida de la población andaluza y los efectos de estos y de los diferentes entornos sobre la salud.

h) De influencias, destinadas a conseguir compromisos políticos y sociales contra la estigmatización, la imagen social negativa o la discriminación que puedan sufrir las personas por determinadas circunstancias o problemas de salud.

i) Cualquier otra destinada a fomentar la posibilidad de las personas de elegir las opciones más saludables.

5. La Consejería con competencias en materia de salud, con la colaboración institucional pública y privada, potenciará la identificación y el aprovechamiento de los recursos o activos con los que cuentan las personas y los colectivos como factores protectores para mejorar su nivel de salud y bienestar, con especial atención a la promoción del deporte, el baile, el estímulo de los estilos de convivencia y comunicación propios de Andalucía, la dieta mediterránea, el intercambio generacional y otros activos de los que se tenga constancia de su carácter saludable.

6. La Consejería con competencias en materia de salud elaborará y desarrollará, directamente o con las corporaciones locales, y en colaboración con las sociedades científicas, agentes sociales y organizaciones no gubernamentales, las acciones y programas de promoción de la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

CAPÍTULO IV

La prevención de las enfermedades y problemas de salud

Artículo 69. *La prevención de las enfermedades epidémicas.*

1. La prevención y el control de las enfermedades epidémicas que representen una amenaza para la salud pública constituyen una responsabilidad conjunta de todas las personas en Andalucía y de las autoridades sanitarias, debiendo realizarse las intervenciones necesarias sujetas al cumplimiento de los principios y normas previstos en la presente ley.

2. La Consejería competente en materia de salud coordinará el desarrollo de las acciones y programas para el control de los problemas y riesgos que constituyan una amenaza para la salud de la población y adoptará los programas de erradicación de enfermedades que establezcan los organismos internacionales competentes.

3. La Consejería con competencias en materia de salud adaptará la lista de enfermedades de declaración obligatoria, previstas en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en la Red de Vigilancia Epidemiológica de ámbito europeo, a las necesidades de la situación epidemiológica y a las prioridades de Andalucía.

4. Las medidas que se requieran para la prevención y control de las enfermedades que amenacen la salud pública deberán ser atendidas por la ciudadanía y la sociedad en su conjunto, conforme a los principios y normas establecidos en la presente ley.

Artículo 70. *La prevención de los problemas de salud.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía tendrán la responsabilidad de diseñar y desarrollar las actuaciones de prevención de los problemas de salud.

2. Las actuaciones de prevención de problemas de salud se dirigirán a todas las etapas de la vida de las personas –infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez– y a prevenir la aparición de problemas de salud física y mental mediante:

a) El fomento entre las mujeres en Andalucía de una planificación de su anticoncepción, facilitándoles los servicios para ello, así como la garantía de acceso a la anticoncepción de urgencia.

b) La identificación y control preconcepcional del riesgo de enfermedades congénitas.

c) El seguimiento del embarazo para el diagnóstico precoz del riesgo obstétrico, la vacunación de las mujeres embarazadas y el control de diversos factores de riesgo para el desarrollo fetal.

d) El diagnóstico precoz de enfermedades congénitas y de problemas del desarrollo infantil, así como la atención temprana de esos problemas.

e) La prevención de los problemas de salud bucodental en personas especialmente vulnerables, como niños, mujeres embarazadas, personas con trastorno mental grave, personas con gran discapacidad u otras que se determine.

f) La vacunación sistemática en las cohortes que se establezcan, así como la que se determine para personas en situaciones de especial riesgo.

g) El control de factores de riesgo y el diagnóstico precoz de enfermedades de alta incidencia o prevalencia como la hipertensión arterial, la diabetes, los trastornos mentales crónicos, las demencias más prevalentes, los cánceres más prevalentes, o cualquier otra enfermedad que suponga un problema de salud pública en la que los factores de riesgo sean conocidos y controlables y el diagnóstico precoz, posible.

h) La facilitación del acceso a medidas preventivas, al diagnóstico precoz y al seguimiento del contagio de enfermedades transmisibles.

i) La información, sensibilización y motivación de las personas mayores y de quienes conviven con ellas sobre el riesgo de accidentes domésticos y viales y sobre el control de los factores de riesgo de caídas.

j) El diagnóstico precoz y la intervención intersectorial en casos de violencia de género, a personas mayores o con discapacidad, o maltrato infantil.

k) La prevención de riesgos laborales.

l) Las acciones informativas, educativas, sensibilizadoras y normativas para la prevención de los accidentes viales.

m) La prevención de la obesidad infantil y otros trastornos de la conducta alimentaria.

n) La identificación precoz de las circunstancias o problemas de salud que hagan evolucionar la enfermedad a discapacidad o esta a dependencia.

o) La identificación, el control de los factores de riesgo y el diagnóstico precoz de cualquier problema de salud para el que sea posible una estrategia preventiva.

p) Cualquier otra que sirva para prevenir eficientemente problemas de salud.

3. Las actuaciones preventivas se llevarán a cabo en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve la vida a las diferentes edades: la familia, el ámbito educativo, el lugar de trabajo, los espacios de ocio, el sistema sanitario y la comunidad.

4. Las actuaciones preventivas deberán basarse en el conocimiento científico existente y nunca podrán tener un carácter coercitivo, salvo aquellas que tengan como finalidad la prevención o el control de un problema que pueda suponer razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud.

CAPÍTULO V

La protección de la salud

Artículo 71. *Las actuaciones en materia de protección de la salud.*

1. La protección de la salud se desarrollará a través de un conjunto de acciones dirigidas a proteger la salud ambiental, la seguridad alimentaria y la preservación de un entorno de vida saludable que afecte a los espacios públicos donde se desenvuelve la vida humana, comprendiendo la ordenación del territorio y del urbanismo, los medios de transporte y la habitabilidad de las viviendas, así como la protección frente a otros riesgos y fuentes de peligro para la salud física y mental que de forma evolutiva surjan en el contexto social.

2. La Administración de la Junta de Andalucía promoverá un alto nivel de protección de la salud de la población y, con esta finalidad, desarrollará las siguientes actuaciones:

a) Evaluará, gestionará y comunicará los riesgos de salud asociados a los ámbitos descritos en el apartado anterior mediante la identificación y caracterización de los posibles peligros.

b) Instará a implantar, en las empresas e industrias, instalaciones y servicios, sistemas de autocontrol basados en el método de análisis de peligros y puntos de control crítico, y llevará a cabo su supervisión mediante auditorías. Asimismo, se fomentará la implantación de sistemas de autocontrol en el sector primario.

c) Establecerá las medidas cautelares necesarias cuando se observen incumplimientos de la legislación sanitaria vigente o la detección de cualquier riesgo para la salud colectiva.

d) Velará por que los controles oficiales se realicen con eficacia, incluyendo los planes de emergencia, y por que el personal encargado de tales controles cuente con la cualificación y experiencia necesaria, para lo cual recibirá la formación adecuada.

e) Impulsará la participación interinstitucional para el abordaje de la seguridad sanitaria, propiciando la colaboración y coordinación de las Administraciones públicas competentes.

f) Evaluará los riesgos para la salud previstos en los instrumentos de prevención y control ambiental.

g) Velará por la inocuidad en todos los eslabones de la cadena alimentaria, con especial incidencia de aquellos alimentos de origen vegetal o animal que hayan sufrido modificación genética.

h) Planificará actuaciones periódicas de control e inspección para comprobar la adecuación de empresas, instalaciones y servicios a las condiciones y requisitos sanitarios establecidos por sus correspondientes normas de aplicación. A tal efecto, por la Consejería competente en materia de salud, se elaborará anualmente un Plan de Inspección de Salud Pública.

i) Planificará, coordinará y desarrollará estrategias y actuaciones que fomenten la información, la educación y la promoción de la seguridad sanitaria.

3. Con el objeto de promover un alto nivel de seguridad alimentaria de la población andaluza, además de las actuaciones señaladas en el apartado anterior, se desarrollarán las siguientes actuaciones:

a) La promoción de la inocuidad para las personas de los alimentos en relación con los riesgos físicos, químicos o biológicos que pudieran contener, contemplando los riesgos asociados a los materiales en contacto con los alimentos y los riesgos nutricionales.

b) El establecimiento de los dispositivos de control necesarios, de forma habitual, periódica y programada, en todos los eslabones de la cadena alimentaria.

c) La evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud de la población asociados a:

1.º Contaminación química y/o biológica de alimentos y bebidas.

2.º Presencia de residuos en alimentos procedentes de tratamientos preventivos o curativos en animales y plantas.

3.º Antibiorresistencias.

4.º Presencia de alérgenos en alimentos.

5.º Comercialización y uso de aditivos y/o coadyuvantes tecnológicos.

6.º Zoonosis de origen alimentario.

7.º Brotes de enfermedades de origen alimentario.
8.º Pérdida de las condiciones sanitarias de empresas y operadores alimentarios.
9.º Sustancias que provocan intolerancias alimentarias.
10.º Comercialización y uso de suplementos alimenticios.
11.º Alimentos con modificaciones genéticas en su origen.

4. En relación con la protección de la salud de la población ante los riesgos ambientales, el Sistema Sanitario Público de Andalucía, además de las medidas previstas en el apartado 2 del presente artículo, desarrollará las siguientes actuaciones en materia de salud ambiental:

a) La vigilancia de los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico y de las situaciones ambientales que afecten o puedan afectar a la salud.
b) La evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud de la población asociados a:

1.º La contaminación de las aguas de consumo humano y la gestión de los sistemas de abastecimiento.
2.º La contaminación de las aguas de baño marítimas y continentales.
3.º La reutilización de las aguas residuales.
4.º La contaminación del aire ambiente, incluyendo el ruido.
5.º La contaminación del aire interior de los edificios.
6.º Las condiciones higiénico-sanitarias de los locales, instalaciones y lugares públicos de uso colectivo.
7.º Las instalaciones de riesgo en la transmisión de la legionelosis.
8.º La comercialización y uso de los productos químicos.
9.º Los campos electromagnéticos.
10.º Las zoonosis de los animales domésticos, peridomésticos, periurbanos y las plagas urbanas.
11.º Las actividades de empresas, instalaciones y servicios biocidas.

5. Las Administraciones públicas de Andalucía velarán para que las personas físicas o jurídicas promotoras de viviendas, edificios e instalaciones de uso humano no utilicen en su construcción materiales que supongan un riesgo para la salud a la luz de los conocimientos científicos disponibles en cada momento.

Artículo 72. *Ejecución de las actuaciones.*

La Consejería con competencias en materia de salud se encargará de la implantación, el seguimiento, la evaluación y, en su caso, la ejecución de las actuaciones y programas de salud relacionados con la protección de la salud en los ámbitos que puedan poner en riesgo a la población. Además, recogerá sistemáticamente la información necesaria para fundamentar las políticas de salud en los diversos campos.

TÍTULO IV

Las intervenciones en materia de salud pública que garantizan los derechos de la ciudadanía

CAPÍTULO I

Ejes básicos de actuación

Artículo 73. *La responsabilidad y el autocontrol.*

1. Las personas físicas o jurídicas, titulares de instalaciones, establecimientos, servicios e industrias en que se lleven a cabo actividades que inciden o pueden incidir en la salud de las personas, son responsables de la higiene y la seguridad sanitaria de los locales, las instalaciones y sus anexos, de los procesos y de los productos que se derivan, asimismo

tienen que establecer sistemas y procedimientos de autocontrol eficaces para garantizar la seguridad sanitaria.

2. Las Administraciones públicas de Andalucía competentes en cada caso velarán por el cumplimiento de las obligaciones establecidas en este artículo mediante el establecimiento de sistemas de vigilancia y de supervisión adecuados.

3. Las personas físicas y jurídicas son responsables de sus actos y de las conductas que tienen influencia sobre la salud de los otros.

Artículo 74. *La autorregulación.*

Las personas obligadas en el artículo anterior podrán desarrollar procesos voluntarios de autorregulación, respetando la legislación vigente en la materia y comprometiéndose a superar o cumplir mayores niveles, metas o beneficios en materia de protección y seguridad sanitarias.

Al respecto, la Consejería con competencias en materia de salud fomentará:

a) El desarrollo de procesos productivos y la generación de servicios adecuados y compatibles con la salud pública, así como sistemas de protección y seguridad sanitaria.

b) El cumplimiento de normas voluntarias o especificaciones técnicas en materia de salud pública que sean más estrictas que las reglamentaciones técnicas sanitarias o que se refieran a aspectos no previstos por estas, las cuales serán establecidas de común acuerdo con particulares o con asociaciones u organizaciones que los representen.

c) El establecimiento de sistemas de certificación de procesos, productos y servicios para inducir a patrones de consumo que sean compatibles o que protejan y aseguren la salud pública.

d) Las demás acciones que induzcan a las empresas a alcanzar objetivos de la salud colectiva superiores a los previstos en las reglamentaciones técnicas sanitarias.

Artículo 75. *La calidad y excelencia.*

1. Las empresas, además de garantizar el cumplimiento de la normativa vigente, podrán, de manera voluntaria, a través de una auditoría de salud pública, realizar el examen metodológico de sus operaciones, respecto de la protección y seguridad de la salud pública y el riesgo que generan, así como el grado de cumplimiento de la normativa sanitaria y de los parámetros nacionales, internacionales y de buenas prácticas de operación aplicables, con el objeto de definir las medidas preventivas y correctivas necesarias para proteger la salud pública.

2. La Consejería con competencias en materia de salud desarrollará un programa dirigido a fomentar la realización de auditorías de salud pública y podrá supervisar su ejecución. A tal efecto, se facilitará el apoyo a la mediana y pequeña empresa con el fin de realizar auditorías de salud pública. Para la asesoría y seguimiento de estos programas se creará un comité que estará constituido al menos por representantes de instituciones de investigación, colegios y asociaciones profesionales, organizaciones del sector industrial y representantes de los consumidores y usuarios.

3. Los incentivos vinculados a los sistemas de ayuda económica o financiera que se establezcan valorarán positivamente aquellas empresas que se acojan a este sistema de auditorías y mejora de la calidad y de la seguridad.

Artículo 76. *Principios informadores de la intervención administrativa.*

1. Todas las medidas a las que hace referencia este título se adoptarán con sujeción a los principios siguientes:

a) Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.

b) Minimización de la incidencia sobre la libre circulación de personas y bienes, la libertad de empresa y cualquier otro derecho de las personas.

c) Proporcionalidad de la medida con las finalidades perseguidas y con la situación que la motiva.

2. En todo caso, la intervención administrativa en salud pública se deberá acomodar a las garantías de la ciudadanía establecidas en el Capítulo IV del Título I.

3. Siempre que sea posible, la autoridad sanitaria llevará a cabo el ejercicio de la autoridad o sus facultades a través de procedimientos, prácticas o programas basados en principios y evidencias científicas sólidas.

CAPÍTULO II

De las intervenciones públicas

Artículo 77. *Autoridad sanitaria.*

1. En el marco de lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en el ejercicio de sus respectivas competencias, tienen la condición de autoridad sanitaria en materia de salud pública el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, la persona titular de la Consejería competente en materia de salud, las personas titulares de los órganos y las responsables de las unidades que reglamentariamente se determinen, así como los alcaldes y alcaldesas de los municipios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

2. Corresponderá a los titulares de los órganos citados establecer las intervenciones públicas necesarias para garantizar los derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía.

Artículo 78. *Intervención administrativa en protección de la salud pública.*

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 19, 28 y 29 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, las Administraciones públicas de Andalucía, en el marco de sus respectivas competencias y con la finalidad de proteger la salud de la población y prevenir la enfermedad, podrán:

a) Controlar la publicidad y la propaganda de productos y actividades que puedan tener incidencia sobre la salud, con la finalidad de ajustarlas a criterios de veracidad y evitar todo aquello que pueda suponer un perjuicio para la salud. La Consejería con competencias en materia de salud llevará a cabo las acciones necesarias para que la publicidad y la propaganda comerciales 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, con especial énfasis en la publicidad y comercialización de productos por vía telemática.

b) Adoptar las medidas de reconocimiento médico, diagnóstico, tratamiento, cuidados, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de las personas a causa de una circunstancia concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones en que se desarrolle una actividad. También se podrán adoptar medidas para el control de las personas que estén o hayan estado en contacto con los enfermos. Estas medidas se adoptarán en el marco de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública y demás normas concordantes, si bien la Consejería con competencias en materia de salud podrá establecer pautas a seguir para el inicio y seguimiento de una hospitalización terapéutica obligatoria ante situaciones de personas diagnosticadas de una enfermedad transmisible que objetivamente suponga la existencia de un peligro para la salud de la población y en las que se hayan descartado o hayan fracasado otras alternativas terapéuticas o preventivas que evitarían el contagio de otros individuos.

c) Realizar cualquier otra intervención conducente a establecer normativamente los requisitos y condiciones que, desde el punto de vista sanitario, han de reunir todos los centros, actividades y bienes que puedan suponer un riesgo para la salud, así como vigilar, controlar e inspeccionar, de la forma establecida en las correspondientes normas, su cumplimiento.

2. Todas estas medidas se adoptarán respetando los derechos que los ciudadanos tienen reconocidos en la Constitución, de acuerdo con el desarrollo reglamentario que proceda.

Artículo 79. *Obligación de colaboración con la Administración sanitaria.*

1. Las Administraciones públicas, en el marco de sus competencias respectivas, como también las instituciones y entidades privadas y los particulares, tienen el deber de colaborar con las autoridades sanitarias y sus agentes cuando sea necesario para la efectividad de las medidas adoptadas.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, será obligatoria la comparecencia de las personas en las dependencias públicas cuando ello sea necesario para la protección de la salud pública. El requerimiento de comparecencia tiene que ser debidamente motivado.

Artículo 80. *Información a la autoridad sanitaria.*

1. En el caso de que los titulares de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias detecten la existencia de riesgos significativos para la salud derivados de la actividad o de los productos respectivos, tienen la obligación de informar inmediatamente a la autoridad sanitaria correspondiente y proceder a retirar, si procede, el producto del mercado o cesar la actividad de la manera que se determine por reglamento.

2. La Consejería con competencias en materia de salud establecerá los protocolos que regulen los procedimientos para informar a las autoridades competentes en la materia, el contenido de la comunicación correspondiente y los criterios para la determinación de las medidas preventivas adecuadas.

Artículo 81. *Inspección de salud pública.*

1. El personal funcionario o estatutario al servicio de la Administración sanitaria que actúe en el ejercicio de las funciones de inspección gozará de la consideración de agente de la autoridad a todos los efectos y con sometimiento a las leyes, y, acreditando su identidad, estará autorizado para el ejercicio de las actuaciones previstas en el artículo 23 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

2. En el ejercicio de sus funciones respectivas, la autoridad sanitaria y sus agentes pueden solicitar el apoyo, el auxilio y la colaboración de otros funcionarios públicos o inspectores sanitarios y, si fuere necesario, de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y de otros agentes de la autoridad que tengan encomendadas funciones de seguridad.

Artículo 82. *Autorizaciones y registros sanitarios.*

1. Las instalaciones, establecimientos, servicios y las industrias en que se lleven a término actividades que puedan incidir en la salud de las personas están sujetas a autorización sanitaria previa de funcionamiento, de acuerdo con la normativa sectorial aplicable. Se establecerá de forma reglamentaria, en los casos en que proceda, el contenido de la autorización sanitaria correspondiente y los criterios y los requisitos para otorgarla.

2. La autorización sanitaria a que hace referencia el apartado anterior tendrá que ser otorgada por las Administraciones sanitarias a las que corresponda el control, de acuerdo con las competencias que tengan atribuidas legalmente.

3. Las Administraciones sanitarias deberán constituir los registros necesarios para facilitar las tareas de control sanitario de las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias, las actividades y los productos.

Artículo 83. *Medidas cautelares.*

1. En el marco de lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 2/1998, de 2 de junio, de Salud de Andalucía, las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar, mediante resolución motivada, las medidas cautelares siguientes:

a) La inmovilización y, si procede, el decomiso de productos y sustancias.
b) El cierre preventivo de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias.
c) La suspensión del ejercicio de actividades.
d) La intervención de medios materiales o personales.

e) La determinación de condiciones previas en cualquier fase de la fabricación o la comercialización de productos y sustancias, y también del funcionamiento de instalaciones, establecimientos, servicios e industrias a que hace referencia esta ley, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas.

f) Cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si existen indicios racionales de riesgo para la salud.

Las medidas comprendidas en el presente apartado se podrán adoptar en aplicación del principio de precaución, previa audiencia a las partes interesadas, salvo en caso de riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población. Las medidas adoptadas se comunicarán a las Consejerías que sean competentes por razón de la materia.

2. Los gastos derivados de la adopción de medidas cautelares a que se refiere el apartado anterior serán a cargo de la persona o empresa responsable.

3. Cuando se produzca un riesgo para la salud pública derivado de la situación sanitaria de una persona o grupo de personas, las autoridades sanitarias competentes para garantizar la salud pública adoptarán las medidas necesarias para limitar esos riesgos, de las previstas en la legislación, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

4. Estas medidas no tienen carácter de sanción y se mantendrán el plazo que exija la situación de riesgo que las justifique.

Artículo 84. *Entidades colaboradoras de la Administración.*

1. Sin perjuicio de la ejecución de las tareas que representan ejercicio de la autoridad por los inspectores sanitarios o, en general, por los funcionarios de las Administraciones sanitarias competentes en materia de salud pública, las actividades de control analítico, verificación, certificación de calidad y procedimientos, evaluación y calibración en las materias objeto de esta ley pueden ser ejecutadas por entidades colaboradoras de la Administración debidamente acreditadas, de conformidad con lo establecido en la legislación reguladora del sistema de acreditación de este tipo de entidades y la normativa sectorial correspondiente.

2. La Administración sanitaria competente en materia de salud pública podrá establecer mecanismos de coordinación y colaboración con los profesionales sanitarios y los centros o establecimientos donde los mismos desarrollan su actividad con el fin de facilitar el logro de las prestaciones a que se alude en la presente ley.

TÍTULO V

Los recursos para la salud pública

CAPÍTULO I

Los recursos materiales

Artículo 85. *Las infraestructuras en salud pública.*

1. La Administración sanitaria de Andalucía favorecerá la existencia de infraestructuras adecuadas para las actividades de salud pública, que comprenden los laboratorios y demás instalaciones y recursos físicos y virtuales de los servicios de salud pública.

2. La Administración sanitaria pública de Andalucía fomentará modelos de gestión de uso compartido de las infraestructuras y el acceso a tareas compartidas de ámbito regional y suprarregional.

3. Se facilitará la introducción de herramientas tecnológicas accesibles que promuevan la mejora de la calidad en la gestión de las infraestructuras de salud pública.

4. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía se dispondrá de una red de laboratorios de salud pública, adscritos a la Consejería con competencias en materia de salud, que cubra las necesidades específicas en materia de salud pública velando por la calidad de los servicios.

Artículo 86. *Los incentivos en salud pública.*

La Administración sanitaria pública de Andalucía desarrollará reglamentariamente el régimen específico de incentivos en el ámbito de la salud pública que fomente la capacitación y cooperación de las personas físicas y jurídicas en la materia, basado en los principios de publicidad, eficacia, transparencia y control, de acuerdo con los objetivos de la presente ley y con lo regulado al respecto en el Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, y en las demás normas generales que resulten de aplicación a esta materia.

CAPÍTULO II

Profesionales de la salud pública

Artículo 87. *Profesionales y salud pública.*

1. A los efectos de la presente ley, se consideran profesionales de la salud pública aquellos profesionales que tienen como dedicación principal desarrollar actividades relacionadas con las funciones de salud descritas en la presente ley.

2. Las Administraciones públicas de Andalucía velarán para que sus profesionales y equipos técnicos desarrollen las acciones de salud pública conforme a las siguientes pautas de comportamiento:

a) Desarrollar un rol educativo, en relación con la población, que facilite el empoderamiento de las personas en relación con su salud.

b) Comprender las necesidades y las intervenciones en salud desde una perspectiva biosicosocial y de salud positiva.

c) Trabajar en equipo para desarrollar un abordaje interdisciplinar, compartir lenguajes, espacios, organizaciones y puntos de vista distintos y complementarios.

d) Desarrollar capacidades para generar alianzas y buscar la implicación y participación de las personas, sectores y agentes implicados.

e) Desarrollar programas de intervención sostenibles y realistas, adaptados al contexto social e institucional donde se desarrollan.

f) Desarrollar capacidades para poner en valor los activos de salud presentes en Andalucía.

g) Desarrollar capacidades para llevar a cabo un abordaje intercultural.

h) Participar en proyectos de investigación en salud pública, aprovechando las oportunidades de generar conocimiento útil en el contexto del trabajo cotidiano.

3. Los profesionales proporcionarán las prestaciones de salud pública establecidas en la cartera de servicios junto con toda la información necesaria para su uso y aplicación.

Artículo 88. *Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la salud pública.*

Los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en su desempeño profesional, desarrollarán las actuaciones de salud pública contempladas en la presente ley que sean propias de su ámbito competencial.

Artículo 89. *El desarrollo profesional.*

1. La Consejería competente en materia de salud promoverá un plan de desarrollo profesional continuado, para los profesionales de salud pública del Sistema Sanitario Público de Andalucía, integrado en el modelo de gestión por competencias del que se ha dotado.

En el marco de este plan de desarrollo profesional continuado se definirán los mapas de competencias de los diferentes perfiles profesionales de salud pública, contemplando todas las titulaciones profesionales relacionadas, las estrategias de promoción y desarrollo de las competencias definidas y la integración de los programas de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. Todos los planes y programas de salud que se elaboren deberán incluir la definición de competencias y el plan de desarrollo profesional necesario para abordar la adecuación a

las necesidades de salud de la población y a los progresos científicos más relevantes en la materia.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores, los profesionales sanitarios de salud pública que tengan la condición de funcionarios, en cuanto a su desarrollo profesional, estarán a lo dispuesto en el Capítulo II del Título III de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público y su normativa de desarrollo. Asimismo se atenderá a los principios generales establecidos en los artículos 37 y 38 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en lo que les sea de aplicación.

Artículo 90. *La cooperación y las alianzas para el desarrollo profesional continuado.*

La Administración sanitaria pública de Andalucía fomentará:

a) La cooperación entre todas las instituciones académicas en la formación continua de los profesionales que desarrollan su tarea en el ámbito de la salud pública.

b) La formación en salud pública en el pregrado y posgrado de todas las titulaciones profesionales que puedan estar relacionadas con la salud pública, promoviendo una amplia oferta de másteres y doctorados en las universidades andaluzas en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior.

c) Las estrategias oportunas para promover el prestigio del sector académico andaluz en salud pública.

d) La colaboración necesaria con las Consejerías competentes en materia de educación, empleo, innovación, igualdad y otras que se consideren de interés para la formación continuada en competencias de salud pública de los profesionales que desarrollen su actividad en el ámbito de la salud pública, así como para la ampliación de perfiles profesionales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley.

e) La utilización e implantación de las enseñanzas virtuales en el proceso de formación a lo largo de la vida de los profesionales que utilicen las nuevas tecnologías para promover un aprendizaje relevante y útil para el desarrollo personal y profesional.

Artículo 91. *La participación.*

1. La Consejería competente en materia de salud impulsará los instrumentos de la efectiva participación de los profesionales en la mejora y desarrollo de las funciones de salud pública.

2. Se fomentarán y reconocerán las iniciativas profesionales dirigidas a la mejora del servicio de salud pública, así como la implicación de los profesionales en la formulación de las propuestas de carácter general dirigidas a promover los objetivos de la presente ley.

3. Igualmente se impulsará el uso de plataformas o redes de cooperación y comunicación entre los profesionales de la salud pública y otros profesionales públicos y privados implicados en el desarrollo de la salud pública.

Artículo 92. *Las responsabilidades.*

Se establecen las siguientes responsabilidades de los profesionales de la salud pública:

a) Velar por que la sociedad conozca los principios y funciones de la salud pública para que puedan ser comprendidos por la ciudadanía.

b) Procurar la mejora continua mediante las actualizaciones y ampliación regulares de sus cualificaciones y competencias.

c) Observar las prácticas éticas reconocidas y los principios éticos recogidos en los códigos deontológicos.

d) Conocer los objetivos estratégicos de la salud pública y contribuir a la realización de sus logros.

e) Observar en su actuación principios de gestión que coadyuven a la sostenibilidad del sistema de salud.

f) Verificar prácticas de trabajo seguras y transparentes, incluida la adopción de las precauciones necesarias en materia de salud y seguridad.

g) Conocer las exigencias legales en materia de protección de datos y de confidencialidad, y adoptar las medidas para cumplirlas en su actuación profesional.

h) Colaborar en la evaluación y valoración de su rendimiento profesional de forma regular y transparente.

i) Promover la cooperación profesional y el intercambio de información general y experiencia.

j) Colaborar con los sistemas de información existentes respetando los procedimientos establecidos para su correcto funcionamiento

Artículo 93. *El código ético.*

La Consejería competente en materia de salud pondrá en marcha una Comisión para la elaboración, aprobación y seguimiento de un código ético, con criterios de participación social y profesional, de la que formarán parte colectivos, asociaciones y colegios profesionales implicados en el desarrollo de la presente ley.

TÍTULO VI

Calidad, tecnologías e I+D+i en salud pública

CAPÍTULO I

Investigación, desarrollo tecnológico y la innovación en salud pública

Artículo 94. *La investigación en salud pública.*

1. La Administración sanitaria pública de Andalucía promoverá la investigación científica en materia de salud pública como instrumento para la mejora y protección de la salud de la población, conforme a las prioridades marcadas por el Plan Andaluz de Salud y teniendo en cuenta las recomendaciones de los diversos planes y políticas relacionados con la investigación en Andalucía, en los ámbitos nacional y europeo.

2. La Administración sanitaria pública de Andalucía articulará y armonizará las actividades de investigación, desarrollo e innovación en materia de salud pública con el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica y con el Espacio Europeo de Investigación.

3. Se promoverá la creación de redes e infraestructuras de colaboración científica accesibles al personal investigador andaluz bajo una administración y gestión común.

4. La Administración de la Junta de Andalucía promoverá una cultura participativa en las redes de investigación que permita fomentar la cooperación común, identificar materias de investigación transversales y crear redes de conocimiento innovadoras en materia de salud pública.

5. La Consejería competente en materia de salud establecerá estrategias que permitan impulsar la I+D+i en salud pública en el marco de la política de investigación de la Junta de Andalucía y en particular desarrollará las siguientes actividades:

a) La coordinación, la participación y la cooperación en todas aquellas actividades relacionadas con la I+D+i en salud pública.

b) El fomento de medidas para que la investigación científica y la innovación contribuyan a mejorar, de manera significativa y sostenible, la protección a la salud de la población.

c) La identificación de lagunas existentes en las actividades de I+D+i, por lo que respecta a los problemas de salud pública prevalentes en Andalucía.

Artículo 95. *Comités científicos consultivos.*

1. La Administración sanitaria pública de Andalucía podrá crear comités científicos consultivos, que emitirán dictámenes técnicos sobre los asuntos que se les sometan, y, especialmente, sobre riesgos reales o potenciales para la seguridad de los consumidores, la salud pública o el medio ambiente.

2. Reglamentariamente se determinará la creación, la organización y el funcionamiento de los comités científicos consultivos.

Artículo 96. *Fomento de la innovación en salud pública.*

1. Con el objetivo de fomentar la innovación en salud pública en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Administración de la Junta de Andalucía favorecerá las actividades de innovación e impulsará la cultura innovadora en el conjunto de los recursos y estructuras de salud pública.
2. Las Administraciones públicas de Andalucía elaborarán y desarrollarán políticas públicas eficaces para promover el fortalecimiento de la capacidad de innovación en salud pública y la mejora de la misma.
3. La Administración sanitaria pública de Andalucía fomentará el desarrollo de actitudes innovadoras en el marco de los agentes del sector salud y, con esta finalidad, promoverá el compromiso con las innovaciones, la vigilancia constante del entorno, el estímulo de la creatividad y el impulso de las colaboraciones y alianzas.

Artículo 97. *Las tecnologías de la información y comunicación y la salud pública.*

1. La Administración sanitaria pública de Andalucía fortalecerá la inclusión de las tecnologías de la información y la comunicación en la estrategia global de salud pública como factor para la mejora de los sistemas de información y comunicación con la ciudadanía. Igualmente se promoverá un uso adecuado de las nuevas tecnologías como instrumento de educación para la salud.
2. La información sanitaria perseguirá el objetivo de interoperabilidad tomando en consideración los códigos de buenas prácticas y la normalización de los ámbitos estatales y de la Unión Europea.
3. La Administración sanitaria pública de Andalucía establecerá criterios de calidad aplicados a las webs dedicadas a la salud. Los criterios de calidad deberán resultar formativos para la ciudadanía y constituir una fuente fiable de información acerca de los cuidados de salud. Los criterios de calidad deberán establecerse según los principios de transparencia, honradez, autoridad, intimidad y protección de datos, actualización de la información, rendición de cuentas y accesibilidad universal.

Artículo 98. *La gestión del conocimiento en salud pública.*

1. La Administración sanitaria pública de Andalucía desarrollará, en su organización, la gestión del conocimiento como instrumento básico para la prestación del servicio público de salud pública.
2. La Consejería con competencias en materia de salud implantará el sistema de gestión del conocimiento a través de las herramientas que mejor se adecuen a sus necesidades.

Artículo 99. *Redes del conocimiento en salud pública.*

La Administración sanitaria pública de Andalucía dispondrá de redes que generen y transmitan conocimiento científico y favorezcan la participación ciudadana en materia de salud pública. Estas redes se constituyen para servir como plataforma de difusión de la información, intercambio de experiencias y como apoyo a la toma de decisiones a todos los niveles del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Artículo 100. *La innovación social en la salud pública.*

1. Las Administraciones públicas de Andalucía apoyarán las innovaciones sociales aplicadas sobre la salud pública, entendidas como nuevas ideas o nuevas relaciones sociales de cooperación para la salud que incrementen la capacidad de la ciudadanía para actuar colectivamente.
2. Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán acciones positivas para el desarrollo de la innovación social en el área de salud a través de las siguientes medidas:

a) Promocionando el talento y el capital social de las personas y grupos innovadores sociales más relevantes.

b) Promoviendo una cultura colaborativa proclive a la generación de valores compartidos en el área de salud.

c) Facilitando las iniciativas de investigación y desarrollo sobre las innovaciones sociales en salud.

CAPÍTULO II

La calidad en las actuaciones de salud pública

Artículo 101. *La calidad y excelencia de las actividades de salud pública.*

1. El Sistema Sanitario Público de Andalucía perseguirá la calidad y la excelencia de sus actividades. Con ese objeto, determinará parámetros de comparación con las actividades realizadas en el ámbito nacional e internacional, impulsará las actividades que generan la seguridad sanitaria y la equidad en salud y establecerá los procesos de mejora continua.

2. El Sistema Sanitario Público de Andalucía incorporará el principio de excelencia en sus actividades a través de las siguientes medidas:

a) Fortaleciendo la calidad de las actividades de salud pública.

b) Asegurando la pertinencia de las actividades de salud pública a través de la consulta regular a los órganos que estructuran la gobernanza del sistema.

c) Promoviendo la rendición de cuentas sobre las actividades de salud pública.

d) Impulsando la mejora continua en busca de la excelencia.

e) Atendiendo a las expectativas y necesidades de la ciudadanía y dando cumplimiento a las normas éticas sobre salud pública.

3. El Plan de Calidad de la Consejería con competencias en materia de salud concretará la definición de las normas de calidad y excelencia.

Artículo 102. *La evaluación de las actividades de salud pública.*

Las actividades de salud pública se regirán por el principio de evaluación continuada. A tal efecto, se evaluarán los procesos y los resultados en cuanto a seguridad sanitaria; promoción de la salud, incluida la reducción de las desigualdades; prevención de las enfermedades, y protección de la salud. La función evaluadora de la salud pública tendrá por finalidad determinar, de forma sistemática y objetiva, la relevancia, eficiencia, eficacia, pertinencia, progresos, efectos e impactos de las actividades de salud pública, en función de los objetivos que se pretenden alcanzar, y se realizará con la participación de la ciudadanía y los profesionales.

TÍTULO VII

Régimen Sancionador

CAPÍTULO I

De las Infracciones

Artículo 103. *Las infracciones.*

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, las infracciones contempladas en la presente ley y en las especificaciones que la desarrollen en el ejercicio de la potestad reglamentaria 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. De conformidad con lo previsto en el artículo 133 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, no podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados,

penal o administrativamente, en los casos en que se aprecie identidad de sujetos, hecho y fundamento.

3. Son sujetos responsables de las infracciones en materia de salud pública las personas físicas o jurídicas que, por acción u omisión, hubiesen participado en aquellas mediando dolo, culpa o negligencia.

Artículo 104. *Infracciones leves.*

Se tipifican como infracciones leves las siguientes:

a) La mera irregularidad en la aportación a la Administración sanitaria de la información que, de acuerdo con la normativa vigente, sea obligatorio facilitar.

b) El incumplimiento por parte de las personas jurídicas de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento, a título de imprudencia o inobservancia, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario y este sea de escasa repercusión.

c) El incumplimiento por parte de las personas físicas de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento, a título de imprudencia o inobservancia, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario y este sea de escasa repercusión, en alguna de las siguientes categorías:

1.º Difusión de información no veraz con impacto en la salud pública.

2.º Inobservancia por parte de los profesionales, en su actividad laboral, de las medidas preventivas y de promoción de la salud establecidas por la autoridad sanitaria, cuando pueda generar algún riesgo para la salud de un tercero.

3.º Intervenciones que modifiquen el entorno con repercusión en la salud pública.

4.º Actuaciones sistemáticas que provoquen estigmatización de terceras personas.

5.º Inobservancia del tratamiento en enfermedades transmisibles graves con tratamiento curativo efectivo perjudicando a un tercero.

6.º Inobservancia de cualquiera de las medidas de prevención e higiene establecidas por la autoridad sanitaria por motivos de salud pública.

Artículo 105. *Infracciones graves.*

1. Se tipifican como infracciones graves las siguientes:

a) El ejercicio o desarrollo de cualquiera de las actividades previstas en esta ley sujetas a autorización sanitaria previa o registro sanitario sin contar con dicha autorización o registro cuando sean preceptivos, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las condiciones técnicas o estructurales expresas sobre las cuales se otorgó la correspondiente autorización.

b) La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o el desarrollo de cualquier actividad, cuyo precintado, clausura, suspensión, cierre o limitación de tiempo hubiera sido establecido por la autoridad competente, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

c) El no corregir las deficiencias observadas y que hayan dado lugar a sanción previa de las consideradas leves.

d) El dificultar o impedir el disfrute de los derechos reconocidos en la presente ley a la ciudadanía.

e) Las que se produzcan de forma negligente, por la falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate y den lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.

f) 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.

g) La elaboración, distribución, suministro o venta de productos alimenticios cuando en su presentación se induzca a confundir al consumidor sobre sus verdaderas características nutricionales, sin trascendencia directa para la salud.

h) El incumplimiento del deber de colaboración, información o declaración hacia las autoridades sanitarias para la elaboración de los registros y documentos de información sanitaria que establezca la normativa aplicable, así como no seguir, las entidades o personas responsables, los procedimientos establecidos para el suministro de datos y documentos, o hacerlo de forma notoriamente defectuosa.

i) La resistencia a suministrar datos, a facilitar información o a prestar la colaboración a las autoridades sanitarias o a los funcionarios de salud pública en el ejercicio de sus funciones y, en general, cualquier acción u omisión que perturbe, retrase o impida la labor de los funcionarios de salud pública.

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 y no concurra daño grave para la salud de las personas.

2. Las infracciones tipificadas como leves podrán calificarse de graves en función de la aplicación de los siguientes criterios:

a) Nivel de riesgo para la salud pública.

b) Cuantía del eventual beneficio obtenido.

c) Grado de intencionalidad.

d) Gravedad de la alteración sanitaria y social producida y de la afectación de los derechos de la ciudadanía.

e) Generalización de la infracción y reincidencia.

Artículo 106. *Infracciones muy graves.*

1. Se tipifican como infracciones muy graves las siguientes:

a) La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o el desarrollo de cualquier actividad cuyo precintado, clausura, suspensión, cierre o limitación de tiempo hubiera sido establecido por la autoridad competente, cuando se produzca de modo reiterado aun cuando no concurra daño grave para la salud de las personas.

b) El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria o cualquier otro comportamiento doloso aunque no dé lugar a riesgo o alteración de la salud pública grave.

c) La preparación, distribución, suministro o venta de alimentos o bebidas que contengan gérmenes, sustancias químicas o radioactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al hombre, o que superen las limitaciones o tolerancia reglamentariamente establecidas en la materia, con riesgo grave para la salud.

d) 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 produzcan riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

e) El desvío para el consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente a otros usos.

f) La negativa absoluta a facilitar información, a suministrar datos o a prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a los funcionarios de salud pública en el ejercicio de sus funciones.

g) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o funcionarios sanitarios de salud pública en el ejercicio de sus funciones.

h) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, así como el incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas adoptadas, cuando se produzcan de modo reiterado o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

i) La elaboración, distribución, suministro o venta de productos alimenticios y alimentarios cuando en su presentación se induzca a confundir al consumidor sobre sus verdaderas características nutricionales, con trascendencia directa para la salud.

2. Las infracciones tipificadas como graves podrán calificarse como muy graves cuando concurra alguna de las circunstancias previstas en el apartado 2 del artículo anterior de esta ley, salvo que esta concurrencia haya determinado su tipificación como grave.

CAPÍTULO II

De las sanciones

Artículo 107. *Graduación de las sanciones.*

1. Las infracciones señaladas en esta ley serán objeto de las siguientes sanciones:

a) Infracciones leves: Hasta 3.000 euros.
b) Infracciones graves: Desde 3.001 hasta 15.000 euros.
c) Infracciones muy graves: Desde 15.001 hasta 600.000 euros, pudiendo rebasar esta cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de infracción.

2. Las cuantías señaladas en el apartado anterior serán actualizadas periódicamente mediante Decreto del Consejo de Gobierno teniendo en cuenta el índice de precios al consumo.
3. Sin perjuicio de la sanción económica que pudiera corresponder, en los supuestos de infracciones muy graves se podrá acordar por el Consejo de Gobierno el cierre temporal de los establecimientos o servicios por un plazo máximo de cinco años, de conformidad con lo previsto en el artículo 36.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Artículo 108. *Medidas provisionales.*

1. Iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar, mediante acuerdo motivado, como medidas provisionales para asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer y, en todo caso, para asegurar el cumplimiento de la legalidad y salvaguardia de la salud pública, entre otras, las siguientes:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.
b) La clausura de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.
c) La exigencia de fianza.

2. Cuando concurran razones de urgencia inaplazable, las medidas provisionales podrán ser adoptadas por el órgano competente para iniciar el procedimiento o por el órgano instructor, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento para el Ejercicio de la Potestad Sancionadora.

Artículo 109. *Competencia.*

1. La potestad sancionadora para la imposición de sanciones por infracciones en materia de salud pública corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía y a los municipios en el ámbito de sus competencias.
2. Los órganos municipales competentes para iniciar, instruir o resolver los procedimientos sancionadores se determinarán conforme a la legislación de régimen local y a sus propias normas de organización.
3. Cuando los servicios municipales tengan conocimiento de infracciones en esta materia no localizadas exclusivamente en su término municipal, lo pondrán inmediatamente en conocimiento de la Administración autonómica, remitiendo todo lo actuado y cuantos antecedentes obren en su poder.
4. El ejercicio de la potestad sancionadora, respecto de las infracciones previstas en la presente ley, corresponderá a los órganos de la Consejería competente en materia de salud en los términos que se determinen reglamentariamente, sin perjuicio de la competencia atribuida al Consejo de Gobierno en el artículo 107.3.

5. La Administración de la Junta de Andalucía no iniciará procedimiento contra el mismo sujeto a quien se estuviese tramitando un procedimiento sancionador por la Administración municipal si concurren los mismos hechos y fundamento jurídico.

Artículo 110. *Procedimiento.*

1. Solamente podrán imponerse sanciones previa tramitación del correspondiente procedimiento.
2. El procedimiento sancionador en materia de salud pública se ajustará a las disposiciones legales sobre el procedimiento administrativo y a las normas sobre el ejercicio de la potestad sancionadora.
3. En los procedimientos tramitados por la comisión de infracciones leves, el plazo para dictar y notificar resolución expresa será de seis meses. En los procedimientos tramitados por la comisión de infracciones graves o muy graves, el plazo para dictar y notificar resolución expresa será de nueve meses.

Artículo 111. *Prescripción y caducidad.*

1. Las infracciones calificadas como leves por la presente ley 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 se computará desde el día en que se hubiera cometido la infracción y se interrumpirá desde la adopción y notificación del acuerdo de inicio del procedimiento sancionador a la persona interesada.
2. La acción para perseguir las infracciones caducará cuando, conocida por la Administración la existencia de una infracción y finalizadas, en su caso, las diligencias dirigidas al esclarecimiento de los hechos, hubiera transcurrido un año sin que la autoridad competente hubiera ordenado incoar el oportuno procedimiento.
3. Asimismo, las sanciones impuestas por faltas leves prescribirán al año, las impuestas por faltas graves a los dos años, y las impuestas por faltas muy graves a los cinco años. 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.

Disposición adicional primera. *Adaptación de ordenanzas municipales.*

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta ley, los municipios procederán a adaptar sus ordenanzas a lo dispuesto en la misma.

Disposición adicional segunda. *Excepciones de actividades al proceso de evaluación de impacto en salud.*

(Derogada).

Disposición transitoria primera. *Expedientes sancionadores en tramitación.*

Los expedientes sancionadores que se encuentren iniciados a la entrada en vigor de esta ley continuarán tramitándose conforme a lo establecido en la legislación vigente en el momento en que se cometió la infracción, salvo que las disposiciones sancionadoras de la presente ley favorezcan al presunto infractor.

Disposición transitoria segunda. *Aplicación de las normas reglamentarias.*

En las materias cuya regulación remite la presente ley a ulteriores disposiciones reglamentarias, y en tanto estas no sean dictadas, serán de aplicación, en cada caso, las normas de este rango que lo venían siendo a la fecha de entrada en vigor de esta ley siempre que no contradigan lo dispuesto en la presente ley.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan lo dispuesto en la presente ley.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 7/2007, de 9 de julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental.*

La Ley 7/2007, de 9 de julio, de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental, queda modificada como sigue:

Uno. Se modifican los párrafos b), c), f) y h) del artículo 24, que quedan redactados de la siguiente manera:

«b) Conjuntamente con la solicitud de autorización ambiental integrada se deberá presentar el estudio de impacto ambiental al objeto de la evaluación ambiental de la actividad por el órgano ambiental competente, así como la valoración de impacto en la salud al objeto de la evaluación de los efectos sobre la salud por el órgano competente en materia de salud.

c) La solicitud de autorización ambiental integrada, acompañada del estudio de impacto ambiental, de la valoración del impacto en salud y de la solicitud de licencia municipal, se someterá al trámite de información pública, durante un periodo que no será inferior a cuarenta y cinco días. Este periodo de información pública será común para aquellos procedimientos cuyas actuaciones se integran en el de la autorización ambiental integrada, así como, en su caso, para los procedimientos de las autorizaciones sustantivas a las que se refiere el artículo 3.b) de la Ley 16/2002, de 1 de julio.»

«f) Concluido el trámite de información pública, el expediente completo deberá ser remitido a todas aquellas Administraciones públicas y órganos de la Administración de la Junta de Andalucía que deban intervenir en el procedimiento de autorización ambiental integrada.

Recibido el expediente en la Consejería competente en materia de salud, esta habrá de emitir el informe preceptivo y vinculante de evaluación de impacto en la salud en el plazo de un mes. Excepcionalmente y de forma motivada, podrá ampliarse hasta un máximo de tres meses.

De no emitirse el informe a que se refiere el párrafo anterior en el plazo señalado, se estará a lo dispuesto en el artículo 83.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.»

«h) Efectuado el trámite de audiencia, se procederá a elaborar la propuesta de resolución, que deberá incluir las determinaciones de la evaluación de impacto ambiental realizada por la Consejería competente en materia de medio ambiente o, en su caso, la declaración de impacto ambiental emitida por el órgano ambiental estatal, así como las determinaciones de la evaluación del impacto en la salud realizada por la Consejería competente en materia de salud.»

Dos. Se añade un nuevo párrafo con la letra e) al apartado 2 del artículo 31, con la siguiente redacción:

«e) Una valoración de impacto en salud, con el contenido que reglamentariamente se establezca, salvo en los supuestos contemplados en la disposición adicional segunda de la Ley de Salud Pública de Andalucía.»

Tres. Se añade un nuevo párrafo al apartado 3 del artículo 31, quedando este redactado de la siguiente manera:

«3. La Consejería competente en materia de medio ambiente promoverá y asegurará el derecho de participación en la tramitación del procedimiento de autorización ambiental unificada en los términos establecidos en la legislación básica en materia de evaluación de impacto ambiental. En el trámite de información pública toda persona podrá pronunciarse tanto sobre la evaluación de impacto ambiental de la actuación como sobre las autorizaciones y pronunciamientos ambientales que deban integrarse en la autorización ambiental unificada, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la presente Ley.

Para el supuesto de que la solicitud de autorización deba acompañarse de la valoración de impacto en salud, a la que se refiere la letra e) del apartado anterior,

toda persona, en el trámite de información pública, podrá pronunciarse sobre la valoración de impacto en salud de la actuación.»

Cuatro. Se añaden dos nuevos párrafos al apartado 4 del artículo 31, quedando este redactado de la siguiente manera:

«4. En el procedimiento se remitirá el proyecto y el estudio de impacto ambiental para informe al órgano sustantivo y se recabarán de los distintos organismos e instituciones los informes que tengan carácter preceptivo de acuerdo con la normativa aplicable, así como aquellos otros que se consideren necesarios.

En los supuestos determinados en el artículo 56.1.c) de la Ley de Salud Pública de Andalucía, se remitirá el expediente a la Consejería competente en materia de salud que emitirá el informe preceptivo y vinculante de evaluación de impacto en la salud en el plazo de un mes. Excepcionalmente y de forma motivada, podrá ampliarse hasta un máximo de tres meses.

De no emitirse el informe a que se refiere el párrafo anterior en el plazo señalado, se estará a lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.»

Cinco. Se da nueva redacción al artículo 40, que queda redactado de la siguiente manera:

«1. La Administración que formule cualquier instrumento de planeamiento sometido a evaluación ambiental deberá integrar en el mismo un estudio de impacto ambiental con el contenido mínimo recogido en el Anexo II B, así como la valoración de impacto en la salud al objeto de la evaluación de los efectos sobre la salud por el órgano competente en materia de salud. Cuando la formulación se acuerde a instancia de persona interesada, el estudio de impacto ambiental y la valoración de impacto en la salud serán elaborados por esta.

2. En la tramitación del planeamiento urbanístico sometido a evaluación ambiental se tendrá en cuenta lo siguiente:

a) En el caso de que se produzca la fase de avance, coincidiendo con el trámite de información pública del instrumento de planeamiento, la Administración que tramita el Plan lo podrá enviar a las Consejerías competentes en materia de medio ambiente y salud, las cuales facilitarán la información que tengan disponible y que pueda ser de utilidad para la elaboración del estudio de impacto ambiental, así como para la valoración de impacto en la salud.

b) Tras la aprobación inicial del instrumento de planeamiento, el estudio de impacto ambiental y la valoración de impacto en la salud, como documentos integrados al mismo, serán sometidos a información pública y se requerirán informes a las Consejerías competentes en materia de medio ambiente y salud, respectivamente.

Las Consejerías competentes en materia de medio ambiente y salud emitirán, respectivamente, los informes previos de valoración ambiental, con las determinaciones ambientales, y de impacto en la salud, con las determinaciones de salud, que deberá contener la propuesta del plan que se someta a aprobación provisional.

c) Tras la aprobación provisional, la Administración que tramite el instrumento de planeamiento requerirá a las Consejerías competentes en materia de medio ambiente y salud para que, a la vista del informe previo, emitan los informes de valoración ambiental y de evaluación del impacto en salud.

3. El informe de valoración ambiental, emitido por la Consejería competente en materia de medio ambiente, así como el informe de evaluación del impacto en salud, emitido por la Consejería competente en materia de salud, tendrán carácter vinculante y sus condicionamientos se incorporarán en la resolución que lo apruebe definitivamente.»

Disposición final segunda. *Adaptación organizativa.*

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía adaptará la estructura de la Consejería competente en materia de salud y de sus delegaciones provinciales a las disposiciones de esta ley.

Disposición final tercera. *La cartera de servicios de salud pública.*

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley, la Consejería competente en materia de salud definirá y elevará al Consejo de Gobierno para su aprobación la cartera de servicios de salud pública.

Disposición final cuarta. *Creación del Registro de Acuerdos.*

El Registro de Acuerdos previsto en el artículo 34.4 se creará en el plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente ley.

Disposición final quinta. *Constitución del Observatorio de Salud Pública de Andalucía y del Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía.*

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley, la Consejería competente en materia de salud procederá a constituir y establecer las normas de funcionamiento del Observatorio de Salud Pública de Andalucía y del Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía.

Disposición final sexta. *Evaluación del impacto en salud.*

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley, la Consejería competente en materia de salud definirá y elevará al Consejo de Gobierno para su aprobación el procedimiento de evaluación del impacto en salud.

Disposición final séptima. *Desarrollo de la ley y habilitación.*

El desarrollo reglamentario de esta Ley se llevará a efecto de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 112 y 119.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y 44 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se autoriza al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía para modificar el Anexo I de actuaciones sometidas a evaluación de impacto en la salud.

Disposición final octava. *Plazo para el desarrollo reglamentario de determinados preceptos.*

1. La orden prevista en el artículo 15.2 se aprobará en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente ley.
2. La orden prevista en el artículo 20.2 se aprobará en el plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente ley.
3. El desarrollo reglamentario del Sistema de Alertas y Crisis de Salud Pública a que se refiere el artículo 66 se efectuará en el plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente ley.

Disposición final novena. *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», salvo lo dispuesto en la disposición final primera y los artículos 55 a 59, ambos incluidos, que entrarán en vigor cuando se produzca el desarrollo reglamentario del procedimiento de evaluación de impacto en salud.

ANEXO I

Actividades sometidas a EIS

Téngase en cuenta que el presente anexo se podrá modificar mediante disposición del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, publicada únicamente en el "Boletín Oficial de Andalucía", según se establece en la disposición final 7 de la presente norma en la redacción dada por el Decreto-ley 2/2020, de 9 de marzo. Ref. BOJA-b-2020-90058

Parte I: Actividades extraídas del Anexo I de la Ley 21/2013 de 9 de diciembre de Evaluación Ambiental.

Grupo 1. Agricultura, silvicultura, acuicultura y ganadería.

f) Instalaciones destinadas a la cría intensiva de ganado que dispongan de más de:

1.º 55.000 plazas para pollos.
5.º 750 plazas de vacuno de leche y 1.100 plazas para vacuno de cebo.

Grupo 2. Industria extractiva.

d) Los proyectos consistentes en la realización de perforaciones para la exploración, investigación o explotación de hidrocarburos, almacenamiento de CO_2, almacenamiento de gas y geotermia de media y alta entalpía, que requieran la utilización de técnicas de fracturación hidráulica. No se incluyen en este apartado las perforaciones de sondeos de investigación que tengan por objeto la toma de testigos previos a proyectos de perforación que requieran la utilización de técnicas de fracturación hidráulica.

Grupo 4. Industria siderúrgica y del mineral. Producción y elaboración de metales.

b) Plantas integradas para la fundición inicial del hierro colado y del acero.

Grupo 6. Proyectos de infraestructuras.

b) Ferrocarriles:

1.º Construcción de nuevas líneas de ferrocarril de más de 5 km.
2.º Ampliación del número de vías de una línea de ferrocarril existente en una longitud continuada de más de 10 km.

c) Proyectos de aeropuertos, según la definición del artículo 39 de la Ley 48/1960, de 21 de julio, sobre Navegación Aérea, con pistas de despegue y aterrizaje de una longitud igual o superior a 2.100 metros.
d) Construcción de puertos comerciales, pesqueros o deportivos que admitan barcos de arqueo superior a 1.350 t.
e) Muelles para carga y descarga conectados a tierra y puertos exteriores (con exclusión de los muelles para transbordadores) que admitan barcos de arqueo superior a 1.350 t, excepto que se ubiquen en zona I, de acuerdo con la Delimitación de los Espacios y Usos Portuarios regulados en el artículo 69, letra a), del texto refundido de la Ley de Puertos del Estado y de la Marina Mercante, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2011, de 5 de septiembre.

Grupo 7. Proyectos de ingeniería hidráulica y de gestión del agua.

a) Se incluyen:

1.º Grandes presas según se definen en el artículo 4 del Real Decreto 264/2021, de 13 de abril, por el que se aprueban las normas técnicas de seguridad para las presas y sus embalses.
2.º Presas y otras instalaciones destinadas a retener el agua o almacenarla de forma permanente, cuando el volumen nuevo o adicional de agua almacenada sea superior a 10 hectómetros cúbicos, o que supongan una inundación nueva o adicional de más de 100 ha.
3.º Nuevas presas o azudes que ocupen modifiquen, supongan embalsamiento o alteren el régimen de caudales en más de un 5 % cualquier mes, en espacios naturales

protegidos incluyendo, las reservas fluviales, las masas de agua en estado muy bueno, las áreas críticas para la conservación de especies protegidas o hábitats catalogados como en peligro de desaparición.

d) Plantas de tratamiento de aguas residuales cuya capacidad sea superior a 150.000 habitantes-equivalentes.

Grupo 8. Proyectos de tratamiento y gestión de residuos.

a) Instalaciones de incineración de residuos peligrosos definidos en el artículo 2.añ) de la Ley 7/2022, 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular, así como el depósito de seguridad o tratamiento químico.

b) Instalaciones de incineración de residuos no peligrosos definidos en el artículo 2.an) de la Ley 7/2022, de 8 de abril, o de eliminación de dichos residuos mediante tratamiento físico-químico con una capacidad superior a 100 t diarias.

Parte II. Actividades extraídas del Anexo I Ley de Gestión Integrada de la Calidad Ambiental.

Categoría	Subcategoría	Actuaciones	Instrumento (*)
Industria siderúrgica y del mineral:			
9	Instalaciones dedicadas a la fabricación de hormigón o clasificación de áridos, cuando se dé alguna de las circunstancias siguientes: 1.ª Que esté situada fuera de polígonos industriales. 2.ª Que se encuentre a menos de 500 m de una zona residencial. 3.ª Que ocupe una superficie superior a 1 ha.		CA
10	Instalaciones de tratamiento térmico de sustancias minerales para la obtención de productos (como yeso, perlita expandida o similares) para la construcción y otros usos, cuando se dé alguna de las circunstancias siguientes: 1.ª Que esté situada fuera de polígonos industriales. 2.ª Que se encuentre a menos de 500 m de una zona residencial. 3.ª Que ocupe una superficie superior a 1 ha.		CA
11	Instalaciones para la fabricación de vidrio, incluida la fibra de vidrio, cuando no estén sometidas a AAI.		CA (Anexo II)
12	12.4	Instalaciones para la producción de cal, cuando no estén sometidas a AAI.	CA
	12.5	Instalaciones para la producción de óxido de magnesio en hornos, cuando no estén sometidas a AAI.	CA
	12.6	Instalaciones de trituración, aserrado, tallado y pulido de la piedra, con potencia instalada superior a 50 CV, siempre que se dé alguna de las circunstancias siguientes: 1.ª Que esté situada fuera de polígonos industriales. 2.ª Que se encuentre a menos de 500 m de una zona residencial. 3.ª Que ocupe una superficie superior a 1 ha.	CA
13	Instalaciones de fabricación de aglomerados asfálticos.		CA
Actuaciones de infraestructuras:			
19	19.1	Proyectos ferroviarios: Construcción de estaciones de transbordo intermodal de viajeros y de terminales intermodales de mercancías que se ubiquen en suelo urbano.	CA (Anexo II)
	19.2	Construcción de tranvías, metros aéreos y subterráneos, líneas suspendidas o líneas similares, que tengan una longitud inferior a 10 km.	CA (Anexo II)
Industrias de productos alimenticios:			
30	Instalaciones para el sacrificio, despiece o descuartizamiento de animales, con capacidad de producción de canales inferior o igual a 50 toneladas por día.		CA (Anexo II)
32	Instalaciones para el aprovechamiento o la eliminación de subproductos o desechos de animales no destinados al consumo humano cuando no estén sometidas a AAI y no estén incluidas ni en el anexo I ni en el anexo II de la Ley 21/2013, de 9 de diciembre.		CA
34	Instalaciones para la fabricación y elaboración de productos derivados de la aceituna, excepto el aceite, cuando no estén sometidas a AAI.		CA

Categoría	Subcategoría	Actuaciones	Instrumento (*)
35	35.1	Instalaciones industriales para la fabricación, el refinado o la transformación de grasas y aceites vegetales y animales, cuando no estén sometidas a AAI, y no se den de manera simultánea todas las circunstancias siguientes: 1.ª Que esté situada fuera de polígonos industriales. 2.ª Que se encuentre a menos de 500 m de una zona residencial. 3.ª Que ocupe una superficie superior a 1 ha.	CA (Anexo II)
	35.6	Instalaciones industriales para la fabricación de jarabes y refrescos, cuando no estén sometidas a AAI.	CA
	35.7	Instalaciones industriales para la destilación de vinos y alcoholes, cuando no estén sometidas a AAI.	CA
Otros proyectos:			
102	Estaciones de servicio dedicadas a la venta de gasolina y otros combustibles.		CA
110	Crematorios.		CA

(*) Nota:

CA: La actuación está sometida a Calificación Ambiental.

CA (Anexo II): La actuación está sometida a Calificación Ambiental y además está en el Anexo II de la Ley 21/2013 de Evaluación Ambiental. Por lo que en caso de que no proceda realizar informe EIS, será necesario hacer informe de efectos en salud cuando así se solicite por parte del órgano competente.

§ 14

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón

Comunidad Autónoma de Aragón
«BOA» núm. 46, de 19 de abril de 2002
«BOE» núm. 121, de 21 de mayo de 2002
Última modificación: 2 de julio de 2021
Referencia: BOE-A-2002-9667

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

I

La presente Ley tiene por objeto la regulación de las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en su artículo 43.

Los poderes públicos podrán organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, todo ello de acuerdo con el concepto de Estado Social contemplado en el artículo 1, apartado 1.º, del texto constitucional.

En virtud de lo señalado, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ley de carácter básico, destaca en su regulación el protagonismo de las Comunidades Autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria, considerando a éstas como Administraciones suficientemente dotadas para hacer frente a las necesidades de eficiencia en la gestión con la perspectiva territorial necesaria.

Con anterioridad, el Estatuto de Autonomía de Aragón recogió en su artículo 39 la competencia de ejecución de la legislación general del Estado en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo establecido en el artículo 149.1.17.ª de la Constitución Española.

En el ámbito autonómico, cabe hacer referencia al artículo 35.1.40 del Estatuto de Autonomía de Aragón, aprobado por Ley Orgánica 8/1982, de 10 de agosto, y modificado por la Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, de reforma del Estatuto, por el que se le confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene.

En el desarrollo de esta previsión estatutaria, la ordenación sanitaria de esta Ley se define como el conjunto de acciones que permiten hacer efectivo el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud mencionado con anterioridad, de acuerdo con los principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración de los servicios sanitarios, criterios que han de combinarse con los de eficacia, eficiencia y racionalidad en la gestión para hacer frente a los

costes crecientes generados por los cambios sociodemográficos en la población aragonesa o el empleo de tecnologías avanzadas, sin renunciar a lo que ha de ser en todo caso un servicio público universal.

II

El Título II aborda el ámbito subjetivo de la Ley, afirmando la titularidad de los derechos y deberes de las personas que tengan su residencia en los municipios de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como de aquellos que no la tengan, en cuyo caso gozarán de los derechos y deberes en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que se les apliquen.

Existen varios criterios para sistematizar los derechos mencionados con anterioridad. En síntesis, se distinguen los derechos derivados de la asistencia sanitaria, los que tienen su origen en la libre autodeterminación, los que parten de la configuración del derecho a la intimidad y, por último, los que tienen su sede en el derecho a la información como un derecho autónomo. Todos ellos mediatizados por el respeto a la dignidad de la persona.

Se ha querido recoger específicamente la garantía que tienen todas las personas a la atención en situación de urgencia y emergencia, inclinándose la Ley por el término «persona», mucho más amplio que el de «ciudadano». Esta terminología es la adoptada por la Organización Mundial de la Salud cuando define el concepto de «Salud para todos» como la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida productiva.

De la protección de los derechos humanos y derechos fundamentales derivan iniciativas que en esta línea han venido desarrollándose a nivel internacional. Por lo tanto, es en este contexto de protección de derechos donde se sitúa la preocupación por una práctica inadecuada de la biología y la medicina, generada a su vez de la rapidez con que se suceden los avances en estas disciplinas. La presente Ley pretende salvaguardar el respeto a la dignidad e identidad de todo ser humano que pudiera ser objeto de prácticas derivadas de aplicaciones de la biología y de la medicina referidas con anterioridad.

III

Recientemente, en concreto el 4 de abril de 1997, los Estados miembros del Consejo de Europa han suscrito en Oviedo el Convenio para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, ratificado por España el 1 de enero de 2000. En él se plantea como objetivo la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes, entre los que destacan la información, consentimiento informado e intimidad de la información sobre la salud de las personas.

En la línea de hacer frente a las demandas sociales más recientes, el Título III de la presente Ley incluye la regulación del conocido como «Testamento vital», orientado a hacer valer el derecho que los pacientes tienen al respeto a la personalidad, dignidad humana, intimidad y autonomía personal reconocidos en la Ley General de Sanidad.

La cuestión principal reside en el documento denominado de voluntades anticipadas, en el que se toman en consideración los deseos del paciente expresados con anterioridad, en el caso de no encontrarse aquél en situación de comunicar su voluntad en el momento de recibir la atención sanitaria.

IV

En desarrollo de la previsión que la Constitución hace en su artículo 43 acerca del derecho a la protección de la salud, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, determina que corresponde a cada Comunidad Autónoma la elaboración de un plan de salud que comprenda todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus respectivos servicios de salud.

Teniendo en cuenta que la planificación sanitaria es un proceso continuo de previsión de recursos y servicios sanitarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, el Plan de Salud de Aragón regulado en la presente Ley constituye la

herramienta fundamental para establecer las prioridades de las actuaciones sanitarias en la Comunidad Autónoma, proponiendo líneas de actuación para mejorar los problemas de salud.

V

De acuerdo con lo establecido en el artículo 129 de la Constitución Española, y con objeto de asegurar la participación ciudadana, se crea el Consejo de Salud de Aragón, con carácter de órgano colegiado. La participación se garantiza respecto de la formulación de la política sanitaria además del control de su ejecución.

El Consejo de Salud de Aragón asesorará al Departamento responsable de Salud.

VI

Con la presente Ley, y en virtud de la previsión que realiza en su artículo 50 la Ley General de Sanidad, se configura el Sistema de Salud de Aragón, integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad Autónoma, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias. Dicho Sistema se estructura en niveles progresivos e interrelacionados de atención a la salud, con objeto de responder a las necesidades que el proceso de transferencia de competencias de Sanidad conlleva para la Administración autonómica. Asimismo, la caracterización de la salud como materia de naturaleza multidisciplinar implica la necesidad de atender a cuestiones íntimamente relacionadas con ella, como es la promoción de la salud integral del trabajador o la calidad alimentaria y del medio ambiente, sobre las que existe una alta preocupación social actualmente.

VII

El Título VI contempla la estructura pública de los servicios sanitarios integrados comprendidos en el Sistema de Salud de Aragón y establece la ordenación territorial de los mismos mediante su articulación en áreas y zonas de salud.

El Área de Salud es la estructura básica del Sistema, que dispone de una organización que asegura la continuidad de la atención a la salud de la población, además de promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario, así como la coordinación de todos los recursos sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados, quedando abierta la vía para la articulación territorial a nivel intracomunitario, citada en el apartado I de este Preámbulo.

Asimismo, la Ley de Salud de Aragón contempla en su articulado a las comarcas como entes territoriales intracomunitarios de especial relevancia, respondiendo así a la necesaria descentralización y desconcentración territorial en la gestión.

Esta concepción territorial se hace sin perjuicio de la creación por la Ley General de Sanidad del Sistema Nacional de Salud, que incluye el conjunto de sistemas de salud de las Comunidades Autónomas que integran o adscriben funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, y que estará gestionado bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.

VIII

Siguiendo las orientaciones dominantes en la legislación actual, tanto la estatal como la de las Comunidades Autónomas, se distinguen las actividades de autoridad, que incluyen el aseguramiento, la planificación y la programación, de las de provisión, que comprenden gestión y administración.

La primera se concreta básicamente en el Gobierno y el Departamento responsable de Salud, y se llevará a efecto a través del Plan de Salud, instrumento principal de planificación sanitaria en el que el Gobierno establece las líneas directrices y de desarrollo de las actividades, programas y recursos del Sistema de Salud de Aragón.

Por último, se le atribuye al Servicio Aragonés de Salud la función principal de gestión y provisión de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma, función que ya venía

recogida en 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.

Por lo tanto, la administración y gestión corresponderá al Servicio Aragonés de Salud, a través de distintas fórmulas de gestión directa, indirecta o compartida reconocidas en su Ley reguladora y 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.

IX

Finalmente, la Ley crea el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud como entidad de Derecho Público adscrita al Departamento responsable de Salud, y que tiene como finalidad la colaboración en el desarrollo de los servicios del Sistema de Salud de Aragón. Para el cumplimiento de esta finalidad, se le atribuyen, entre otras importantes funciones, la transferencia de conocimientos para la toma de decisiones, el desarrollo de los planes de formación continuada de los profesionales sanitarios de carácter estratégico, así como el diseño de líneas de investigación relacionadas con las prioridades de salud y orientadas a la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.

La dirección colegiada de este Instituto corresponde a un Consejo de Dirección, en el que estarán representados los Departamentos responsables de Salud y de Educación, el Servicio Aragonés de Salud, el Instituto Aragonés de Administración Pública y la Universidad de Zaragoza.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en los artículos 43 y concordantes de la Constitución.

2. Igualmente, la Ley regula la ordenación del Sistema de Salud de Aragón, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por finalidad la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de la salud, además de las acciones rehabilitadoras oportunas.

Artículo 2. *Principios rectores.*

Los principios generales en los que se inspira la presente Ley son los siguientes:

a) Concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones hacia todos los factores determinantes de la misma en los campos de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación e integración social.

b) Universalización de la atención sanitaria, garantizando la igualdad en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias y la equidad en la asignación de los recursos.

c) Aseguramiento y financiación pública del Sistema de Salud de Aragón.

d) Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos y ordenación territorial de los centros y servicios sanitarios en áreas y zonas de salud, armonizándola con la comarcalización general de Aragón.

e) Coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y de salud laboral.

f) Subsidiariedad de los medios y las actividades privadas.

g) Acreditación y evaluación continua de los dispositivos públicos y privados del Sistema de Salud de Aragón, a los efectos de la determinación de las condiciones de su funcionamiento, aplicando criterios objetivos y homogéneos.

h) 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.

i) Participación social y comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución, en los términos previstos en la presente Ley.

j) Participación y responsabilidad de los profesionales sanitarios en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.

k) Conocimiento y ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud.

l) Descentralización y desconcentración territorial en la gestión.

m) Promoción del medio ambiente saludable.

TÍTULO II

De los ciudadanos

Artículo 3. *Titulares.*

1. Son titulares de los derechos y deberes contemplados en la presente Ley aquellas personas que tengan su residencia en los municipios de la Comunidad Autónoma de Aragón. Las personas que no residan en ella gozarán de los mencionados derechos en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.

2. Todas las personas tendrán garantizada la atención en situación de urgencia y emergencia.

Artículo 4. *Derechos.*

1. Todos los titulares a que se refiere el artículo anterior gozarán de los siguientes derechos:

a) Respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal, económica o social.

b) A que se les asigne un Médico cuyo nombre se les dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

c) A una atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, de conformidad con lo previsto sobre prestaciones en esta Ley, orientada a conseguir la recuperación, dentro de la mayor confortabilidad, del modo más rápido y con la menor lesividad posibles, de las funciones biológicas, psicológicas y sociales.

d) A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, de acuerdo con los criterios básicos de uso racional, en los términos reglamentariamente establecidos.

e) A que se les extiendan los informes o certificaciones acreditativos de su estado de salud, cuando se exija mediante una disposición legal o reglamentaria, sin coste adicional alguno por la utilización de medios diagnósticos, de reconocimientos y por la redacción de dichos informes, salvo en aquellas actuaciones que así lo determine la normativa específica.

f) A la libre elección entre las opciones que le presente la persona con responsabilidad sanitaria de su caso, siendo preciso el previo consentimiento informado y escrito de la persona enferma para la realización de cualquier intervención, excepto en los casos contemplados en el artículo 13.

g) A negarse al tratamiento, excepto en los casos contemplados en los epígrafes a) y b) del apartado 1 del artículo 13, para lo cual el paciente deberá solicitar y firmar el alta voluntaria. De no hacerlo así, corresponderá dar el alta a la dirección del centro, a propuesta del Médico que esté al cargo del caso. No obstante, tendrá derecho a permanecer cuando existan otros tratamientos alternativos y la persona enferma manifieste el deseo de recibirlos.

h) A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno y otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.

i) A la libre elección del profesional sanitario titulado, servicio y centro, en la forma que reglamentariamente se establezca.

j) A una segunda opinión médica, en los términos que reglamentariamente se determinen, que fortalezca la básica relación médico/paciente y complemente las posibilidades de la atención.

k) A la información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.

l) A recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, incluyendo el diagnóstico, el pronóstico, así como los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento, a la confidencialidad de los datos referentes a su salud y al acceso a la historia clínica en los términos previstos en el Título III de la presente Ley.

m) A ser informados del uso, en su caso, en proyectos docentes o de investigación, de los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos que se les apliquen, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud, según los conocimientos científicos y técnicos actualizados. En estos casos, será imprescindible la previa autorización por escrito de la persona enferma y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del correspondiente centro sanitario, teniendo en cuenta la normativa aplicable en materia de investigación y ética.

n) A participar en las actividades sanitarias a través de los cauces previstos en esta Ley y en cuantas disposiciones la desarrollen.

2. Quienes padezcan una enfermedad mental, además de los derechos señalados en los epígrafes a) al m) del apartado anterior, tendrán específicamente los siguientes:

a) En los internamientos voluntarios, cuando se pierda la plenitud de facultades durante el internamiento, el derecho a que la dirección del centro solicite la correspondiente autorización judicial para la continuación del internamiento.

b) En los internamientos forzosos, el derecho a que se revise periódicamente la necesidad del internamiento.

c) Los enfermos mentales menores de edad, el derecho a ser tratados en centros o unidades infanto-juveniles.

3. Los derechos contemplados en los epígrafes a), b), c), d), f), g), h), k), l), m) y n) del apartado 1 y en el apartado 2 serán garantizados también en la asistencia sanitaria privada.

4. Todas las personas al amparo de esta Ley tendrán derecho a ser objeto del desarrollo de acciones orientadas a garantizar la salud pública de la población y, en especial, las relacionadas con:

a) La promoción de la salud tendente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y a modificar las condiciones ambientales, sociales y económicas.

b) La epidemiología y sistemas de información.

c) La participación y acción comunitaria a través del fortalecimiento de las redes sociales.

d) El medio ambiente favorable a la salud.

e) La protección de la salud, calidad de vida, seguridad de los consumidores y del medio ambiente laboral.

Artículo 5. *Deberes.*

Las personas incluidas en el ámbito de esta Ley tienen los siguientes deberes respecto a las instituciones y organismos del Sistema de Salud de Aragón:

a) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.

b) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de los centros del Sistema de Salud.

c) Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos, servicios y prestaciones ofrecidos por el Sistema de Salud, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de

servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

d) Firmar el documento de alta voluntaria en los casos en que no se acepte el tratamiento. De negarse a ello, la dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el apartado 1.g) del artículo anterior.

e) Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro sanitario y al personal que en él preste sus servicios.

Artículo 6. *Garantía de los derechos.*

1. La Administración sanitaria de Aragón garantizará a la población información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a las prestaciones y servicios sanitarios disponibles en Aragón, su organización, procedimiento de acceso, uso y disfrute.

2. La Administración sanitaria de Aragón garantizará a la ciudadanía el pleno ejercicio del régimen de derechos y deberes recogidos en esta Ley, para lo que establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de sus condiciones.

3. Todo el personal sanitario y no sanitario de los centros y servicios sanitarios públicos y privados implicado en los procesos asistenciales a las personas enfermas queda obligado a no revelar los datos contenidos en dichos procesos, con excepción de la información necesaria en los casos y con los requisitos previstos expresamente en la legislación vigente.

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. Las Administraciones públicas orientarán sus políticas de gasto a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio de Aragón.

6. Las autoridades sanitarias proporcionarán información pública de cada área sobre indicadores de calidad de los servicios, cobertura de programas, listas de espera y eficiencia de los procesos en el Sistema de Salud de Aragón.

Artículo 7. *De la integridad de la persona.*

1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica. El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular:

a) El consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, en los términos previstos en la presente Ley.

b) La prohibición de prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas.

c) La prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro.

d) La prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.

3. Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.

4. Las pruebas predictivas de enfermedades genéticas, las que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o las utilizadas para detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad sólo podrán realizarse con fines Médicos o de investigación médica, con un asesoramiento genético apropiado y con consentimiento del paciente.

5. Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas.

TÍTULO III

De los derechos de información sobre la salud y la autonomía del paciente

CAPÍTULO I

Del derecho a la información

Artículo 8. *Definición y alcance del derecho a la información clínica.*

1. En todo proceso asistencial o tras el alta del mismo, el paciente podrá conocer toda la información que se hubiera obtenido sobre su estado de salud y solicitar copia de la misma en la forma que se establezca reglamentariamente. Igualmente, se reconoce el derecho de la persona a no ser informada.

2. La información proporcionada será lo más amplia posible, verídica y se expresará de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, con la finalidad de que éste pueda tomar las decisiones de una manera autónoma. Será presentada, por regla general, de forma verbal, si bien ha de dejarse constancia de la misma en la historia clínica.

3. Corresponde al Médico o equipo de médicos responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. Esta responsabilidad es igualmente exigible a los demás profesionales sanitarios que le atiendan o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto.

4. Todos los establecimientos sanitarios estarán obligados a elaborar un informe de alta para los pacientes que hayan producido al menos una estancia hospitalaria y que será firmado por el Médico responsable. Este informe deberá ser entregado al paciente o responsable legal tras el alta hospitalaria y contendrá información sobre la identificación del establecimiento, del Médico o equipo de Médicos responsable de la asistencia, del paciente y de los datos del proceso asistencial, con especificación de los diagnósticos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos más significativos.

5. Los datos del informe de alta quedarán registrados en el Conjunto Mínimo Básico de datos del hospital.

Artículo 9. *El titular del derecho a la información clínica.*

1. El titular del derecho a la información es el paciente. Igualmente, se informará a los familiares o personas a él allegadas, cuando preste su conformidad de manera expresa o tácita.

2. En el supuesto de incapacidad del paciente, éste debe ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio del deber de informar a quien ostente su representación legal.

3. Si el Médico responsable de la asistencia considera que el paciente no se encuentra en condiciones de entender la información debido a su estado físico o psíquico, deberá ponerla en conocimiento de los familiares o de las personas allegadas que se responsabilicen del paciente.

Artículo 10. *Del derecho a la información epidemiológica.*

Los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Aragón tienen derecho a ser informados adecuadamente y en términos comprensibles de los problemas de salud de la colectividad que impliquen un riesgo para la salud individual.

CAPÍTULO II

Del derecho a la intimidad y a la confidencialidad

Artículo 11. *Definición y alcance del derecho a la intimidad y a la confidencialidad.*

1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud. Igualmente, tiene derecho a que nadie que no se encuentre autorizado pueda acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente.
2. Toda persona tiene derecho a que se le pida su consentimiento antes de la realización y difusión de registros iconográficos.
3. Toda persona tiene derecho a preservar la intimidad del cuerpo con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.
4. Los centros asistenciales deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refieren los apartados anteriores y, a tal efecto, elaborarán las normas de régimen interno y los procedimientos protocolizados necesarios.

CAPÍTULO III

Del respeto al derecho a la autonomía del paciente

Artículo 12. *El consentimiento informado.*

1. Cualquier intervención que se produzca en el ámbito de la salud requiere el consentimiento específico y libre de la persona afectada, tras haber sido informada conforme a lo establecido en el artículo 8 de esta Ley. El consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se lleven a cabo procedimientos que puedan suponer riesgos e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente.
2. Se efectuará un documento de consentimiento para cada supuesto, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general. El documento deberá contener como mínimo información sobre la finalidad y naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias más frecuentes.
3. En el caso de que el paciente manifieste su voluntad de no ser informado, sin perjuicio de obtenerse el consentimiento previo para la intervención, deberá dejarse constancia documentada de esta renuncia en la historia clínica.
4. En cualquier momento la persona afectada puede revocar libremente su consentimiento.
5. En todos los casos en que el paciente haya expresado por escrito su consentimiento informado, tendrá derecho a que se le dé una copia del documento firmado.

Artículo 13. *Excepciones a la exigencia del consentimiento.*

1. Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento:

a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, si así lo exigen razones sanitarias de acuerdo con lo que se establece en la legislación reguladora sobre esta materia.
b) Cuando la urgencia no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento y no haya manifestación negativa expresa del enfermo a dicho procedimiento, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, lo dispuesto en su declaración de voluntades anticipadas.

2. En los supuestos contemplados en el apartado anterior, se pueden realizar las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 14. *Otorgamiento del consentimiento por sustitución.*

1. El consentimiento por sustitución se dará en las siguientes situaciones:

a) Cuando el Médico responsable de la asistencia no considere al enfermo en condiciones para tomar decisiones porque se encuentre en un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación, el consentimiento debe obtenerse de los familiares de éste o de las personas a él allegadas que se responsabilicen del paciente.

b) En los casos de incapacidad legal, deberá darlo su representante, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación civil aplicable.

c) En el caso de menores, si éstos no se encuentran preparados, ni intelectual ni emocionalmente, para poder comprender el alcance de la intervención sobre su salud, el consentimiento debe darlo el representante del menor, después de haber escuchado, en todo caso, su opinión si es mayor de doce años. En el caso de menores emancipados y adolescentes mayores de dieciséis años, el menor dará personalmente su consentimiento.

No obstante, en los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de práctica de técnicas de reproducción humana asistida, se estará a lo dispuesto con carácter general por la legislación civil sobre mayoría de edad, así como a lo establecido en la normativa específica en esas materias.

2. En los supuestos definidos anteriormente en los apartados a) y b), se podrán realizar, sin la exigencia del consentimiento previo del paciente, las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada.

3. En los supuestos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión debe ser la más objetiva y proporcional posible a favor del enfermo y de respeto a su dignidad personal. Asimismo, se intentará que el enfermo participe todo lo posible en la toma de decisiones.

Artículo 15. *Las voluntades anticipadas.*

1. Se entiende por voluntades anticipadas el documento en el que una persona con capacidad legal suficiente, mayor de edad, menor emancipado o menor aragonés mayor de catorce años, en su caso con la asistencia prevista en el artículo 21 de la Ley 13/2006, de 27 de diciembre, de Derecho de la Persona, libremente puede manifestar:

a) Las opciones e instrucciones, expresas y previas, que, ante circunstancias clínicas que le impidan manifestar su voluntad, deberá respetar el personal sanitario responsable de su asistencia sanitaria.

b) La designación de un representante, plenamente identificado, que será quien le sustituya en el otorgamiento del consentimiento informado, en los casos en que este proceda.

c) Su decisión respecto de la donación de sus órganos o de alguno de ellos en concreto, en el supuesto que se produzca el fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en la legislación general en la materia.

d) Los valores vitales que sustenten sus decisiones y preferencias.

2. Para que la declaración de voluntades anticipadas sea considerada válidamente emitida, además de la capacidad exigida al autor, se requiere que conste por escrito, con la identificación del autor, su firma, así como fecha y lugar de otorgamiento, siendo recomendable su inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas a efectos de garantizar su acceso al equipo sanitario que preste la atención de salud en cualquier parte del territorio nacional y la posterior incorporación de la información de la existencia del documento de voluntades anticipadas en la historia clínica del paciente. En el supuesto previsto en la letra b) del apartado primero de este artículo, se requiere que el representante esté plenamente identificado y que además haya expresado su aceptación a serlo. En todo caso, esta persona deberá ser mayor de edad y tener plena capacidad.

3. Además de los mayores de edad, menores emancipados y menores aragoneses mayores de catorce años en los términos indicados en el apartado primero de este artículo, podrán emitir declaración de voluntades anticipadas los incapacitados judicialmente, salvo que otra cosa determine la resolución judicial de incapacitación. No obstante, si el personal facultativo responsable de su asistencia sanitaria cuestionara su capacidad para otorgarla, pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal para que, en su caso, inste ante la autoridad judicial un nuevo proceso que tenga por objeto modificar el alcance de la incapacitación ya establecida.

4. Cuando se preste atención sanitaria a una persona que se encuentre en una situación que le impida tomar decisiones por sí misma, en los términos previstos en la presente Ley, los profesionales sanitarios implicados en el proceso consultarán la historia clínica del paciente y, en su caso, a su familia, allegados o representante, o bien directamente al Registro de Voluntades Anticipadas, para comprobar si existe constancia del otorgamiento de declaración de voluntades anticipadas, actuando conforme a lo previsto en ella.

5. Debe existir constancia fehaciente de que el documento ha sido otorgado en las condiciones señaladas en los apartados anteriores. A tales efectos, la declaración de voluntades anticipadas se podrá formalizar mediante uno de los siguientes procedimientos:

a) Ante Notario.

b) Ante dos testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales uno no puede tener relación de parentesco hasta segundo grado ni estar vinculado por relación patrimonial con el otorgante.

c) Ante el personal habilitado al efecto por el departamento competente en materia de salud.

6. Se crea el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, que dependerá del departamento competente en materia de Salud. Reglamentariamente se regulará su organización y funcionamiento, así como el acceso a los documentos contenidos en él.

El registro guardará la debida coordinación con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, con el fin de asegurar la eficacia de las instrucciones manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la presente Ley en todo el territorio del Estado.»

CAPÍTULO IV

De la historia clínica

Artículo 16. *Definición.*

1. La historia clínica contiene el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial del enfermo, en el que quedarán identificados los Médicos y demás profesionales que hubieran intervenido.

2. En cada centro asistencial deberá existir una única historia clínica para cada paciente, correspondiendo a aquél la responsabilidad de su custodia.

Artículo 17. *Contenido de la historia clínica.*

1. La historia clínica, con su correspondiente número de identificación, deberá incluir como mínimo los siguientes datos:

a) Datos de identificación del enfermo y de la asistencia.

b) Datos clínicos asistenciales.

c) Datos sociales y de condiciones de medio ambiente laboral.

d) Documento de voluntades anticipadas si existiere.

2. Los centros asistenciales del Sistema de Salud de Aragón dispondrán de un único modelo normalizado de historia clínica que recoja los contenidos fijados en este artículo adaptados al nivel asistencial que tengan y a la clase de prestación que realicen.

Artículo 18. *Regulación reglamentaria de la historia clínica.*

1. El Departamento responsable de Salud determinará reglamentariamente, en relación con la historia clínica:

a) Los datos y documentos que la componen.

b) La gestión, utilización, acceso y conservación de la misma.

c) El tiempo durante el que deberá conservarse.

2. En cualquier caso, todo el personal que acceda, en el uso de sus competencias, a cualquier dato de la historia clínica quedará sujeto al deber de guardar secreto sobre los datos de la misma.

Artículo 19. *Historia clínica única.*

El Departamento responsable de Salud, con el fin de avanzar en la configuración de una historia clínica única por paciente, realizará, con la participación de todos los agentes implicados, el estudio de un sistema que, atendiendo a la evolución de los recursos técnicos, posibilite el uso compartido de las historias clínicas entre los centros asistenciales de Aragón.

TÍTULO IV

Plan de Salud de Aragón

Artículo 20. *Definición y objetivos.*

1. El Plan de Salud es un instrumento de planificación estratégica, dirección y ordenación del Sistema de Salud de Aragón, cuyo objetivo es garantizar la respuesta del Sistema a las necesidades de los ciudadanos. En él se establecerán, de forma concisa, las orientaciones básicas y estrategias fundamentales relacionadas con la salud de la población, así como el conjunto de actuaciones sanitarias del Servicio Aragonés de Salud y los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de atención a la salud.

2. El Plan de Salud recogerá el conjunto de planes de las diferentes áreas de salud, comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud y se ajustará a los criterios generales de coordinación sanitaria según lo establecido en la Ley General de Sanidad.

Artículo 21. *Contenido.*

El Plan de Salud de la Comunidad Autónoma deberá fijar, al menos:

a) El análisis de los problemas de salud y de la atención sanitaria y sociosanitaria en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como de los recursos existentes.

b) Los fines u objetivos en materia de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y medidas de rehabilitación y reinserción.

c) Los criterios mínimos, básicos y comunes para evaluar la eficacia y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios y sociosanitarios.

d) El plazo de vigencia.

e) Las acciones sanitarias a realizar y las inversiones anuales o plurianuales necesarias, que irán dirigidas de forma primordial a superar las desigualdades entre las distintas áreas de salud en que se divide al territorio de la Comunidad Autónoma y a garantizar la accesibilidad al Sistema.

f) Las actuaciones dirigidas a la prevención de daños a la salud derivados de las condiciones del medio ambiente laboral y el fomento de la mejora de la salud integral de los trabajadores, en el marco de una política de coordinación con los organismos laborales competentes y entidades representativas.

Artículo 22. *Procedimiento de elaboración.*

1. La elaboración del Plan de Salud de Aragón corresponde al Departamento responsable de Salud.

2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los correspondientes órganos de participación y por la dirección del Sistema de Salud de Aragón.

3. El Plan de Salud será aprobado, previo informe del Consejo de Salud de Aragón, por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Departamento responsable de Salud, y se remitirá a las Cortes de Aragón para su conocimiento.

TÍTULO V

Del Sistema de Salud de Aragón

CAPÍTULO I

Concepto y características

Artículo 23. *Concepto.*

1. El Sistema de Salud de Aragón es el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias de la Comunidad Autónoma, cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.

2. Todos los recursos sanitarios, sin perjuicio de sus propias y específicas tareas y responsabilidades, deberán orientar sus actividades con los siguientes fines:

a) Mejorar el estado de salud de la población.
b) Promocionar la salud de las personas y comunidades.
c) Promover la educación para la salud de la población.
d) Prevenir los riesgos, enfermedades y accidentes.
e) Proveer la asistencia sanitaria individual y personalizada.
f) Cumplimentar la información sanitaria, vigilancia e intervención epidemiológica.
g) Asegurar la efectividad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

Artículo 24. *Características.*

1. El Sistema de Salud de Aragón, 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) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
d) La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones públicas, así como tasas por la prestación de determinados servicios.
e) La prestación de una atención integral de salud procurando unos óptimos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
f) El uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.
g) El establecimiento de programas de mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.

2. Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos. En consecuencia, los usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios sanitarios aragoneses podrán acceder a éstos de acuerdo con los siguiente criterios:

a) Atención primaria: se les aplicará las mismas normas sobre asignación de equipos y libre elección de Médico que al resto de los usuarios.
b) Atención especializada: se efectuará a través de la unidad de admisión por medio de una lista de espera única, no existiendo diferenciación según la condición del paciente.
c) La facturación por la atención de estos pacientes se efectuará por las respectivas Administraciones de los centros. En ningún caso estos ingresos podrán revertir directamente en aquellos profesionales que intervienen en la atención de estos pacientes, aunque sí podrán destinarse a la mejora de los servicios y dotaciones de dichos centros, en la forma que reglamentariamente se establezca.

Artículo 25. *Recursos.*

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma, de las corporaciones locales y de cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias constituyen el Sistema de Salud de Aragón.

2. Asimismo, se considerarán parte integrante del Sistema de Salud de Aragón:

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) La red de oficinas de farmacia, como proveedor preferente de medicamentos y atención farmacéutica al paciente no hospitalizado, mediante los conciertos que periódicamente se establezcan.

c) En general, todos aquellos centros, servicios o establecimientos sanitarios que se adscriban al mismo en virtud de un concierto o convenio de vinculación.

Artículo 26. *Prestaciones.*

1. Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema de Salud de Aragón serán como mínimo las establecidas en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

2. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema de Salud de Aragón, además de las establecidas en el apartado anterior, requerirá la aprobación del Consejo de Gobierno, previo informe del Departamento responsable de Salud, donde se presente la evaluación de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de dichas prestaciones, así como la previsión de la financiación adicional precisa.

Artículo 27. *El Servicio Aragonés de Salud.*

1. El Servicio Aragonés de Salud, organismo autónomo de naturaleza administrativa, adscrito al Departamento responsable de Salud, tiene como función principal la provisión (gestión y administración) de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma.

2. Este organismo se rige por la presente Ley, por su legislación específica y por las normas básicas y de coordinación general de la sanidad a que se refiere el artículo 149.1.16.ª de la Constitución.

CAPÍTULO II

De las funciones y actuaciones del Sistema de Salud de Aragón

Sección 1.ª De las funciones

Artículo 28. *Funciones.*

El Sistema de Salud de Aragón, para el cumplimiento de sus objetivos, debe desarrollar las siguientes funciones:

a) La adopción sistemática de acciones de promoción de la salud y educación sanitaria de la población para fomentar la prevención, el autocuidado, la rehabilitación y la reinserción.

b) La protección frente a los factores que amenazan la salud individual y colectiva.

c) 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.

d) La protección y atención de la salud laboral.

e) La garantía de cobertura universal y el acceso a las prestaciones de atención a la salud en condiciones de igualdad efectiva.

f) La planificación, organización y dirección de los servicios para alcanzar los objetivos del Sistema de Salud de Aragón.

g) La evaluación y garantía de calidad de la actividad y de los servicios sanitarios.

h) La coordinación y adecuada distribución territorial y sectorial de los recursos sanitarios y sociosanitarios.

i) La garantía, conforme a los criterios de equidad, accesibilidad y calidad, de la atención farmacéutica a la población, de acuerdo con lo establecido en la legislación vigente en esta materia.

j) La ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social y familiar de las personas enfermas, facilitando la coordinación del sistema sanitario y social.

Sección 2.ª De las actuaciones

Artículo 29. *Salud pública.*

1. En el desarrollo de sus funciones, y sin perjuicio de las competencias de otras Administraciones y Departamentos del Gobierno de Aragón, el Sistema de Salud de Aragón llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la salud pública:

a) La atención al medio en cuanto a su repercusión sobre la salud humana individual y colectiva, con especial atención a las enfermedades relacionadas con la contaminación, y la adopción de medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades que puedan afectar a la salud.

b) El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimenticios en la cadena alimentaria hasta su destino final para el consumo.

c) El control sanitario y la prevención de las antropozoonosis.

d) La intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de transmisión de enfermedades.

e) La promoción de los hábitos de vida saludables en la población, así como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con especial atención a los grupos de mayor riesgo.

f) El fomento de la formación e investigación científica en el ámbito de la salud pública.

g) La educación para la salud de la población, como elemento primordial para contribuir a la mejora de la salud individual y colectiva.

h) Las actuaciones en materia de sanidad mortuoria.

i) El control de la publicidad sanitaria.

2. Las actuaciones de salud pública que, de acuerdo con el Plan de Salud, deban desarrollarse en la Comunidad Autónoma las realizarán los servicios sanitarios de las distintas instituciones, bajo la dirección y coordinación del Departamento responsable de Salud, que, asimismo, se encargará de coordinar las acciones que deban desempeñar otros Departamentos del Gobierno de Aragón en razón de sus competencias.

Artículo 30. *Asistencia sanitaria.*

El Sistema de Salud de Aragón, mediante los recursos y medios de que dispone, llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

a) La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la atención especializada.

b) La atención a las urgencias y emergencias sanitarias.

c) La atención temprana.

d) La atención sociosanitaria en coordinación con los servicios sociales.

e) 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.

f) La atención, promoción, protección y mejora de la salud mental.

g) La promoción y protección de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos, e incorporando progresivamente otras prestaciones asistenciales.

h) 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.

i) La mejora continua de la calidad en todo el proceso asistencial.

j) Cualquier otra actividad relacionada con la promoción, prevención, mantenimiento y mejora de la salud.

Artículo 31. *Salud laboral.*

1. La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Aragón, en el ejercicio de las competencias legales atribuidas en materia de salud laboral, llevará a cabo las siguientes actuaciones tendentes a la prevención de daños a la salud derivados de las condiciones de trabajo y a la promoción de la salud integral del trabajador:

a) Establecimiento de los criterios y requisitos que deben cumplir los servicios de prevención, tanto propios como ajenos, en los aspectos sanitarios, así como el control de su cumplimiento y de las actividades sanitarias de los mismos.

Para ello se establecerán, oído el órgano competente en materia de seguridad y salud laboral, las pautas y protocolos de actuación a los que deberán someterse los citados servicios.

b) Establecimiento, en colaboración con el Ministerio responsable de Salud, los órganos de participación en materia de seguridad y salud laboral y las sociedades científicas, de los protocolos de vigilancia sanitaria específica según los riesgos, a que deben ajustarse las unidades sanitarias de los servicios de prevención actuantes, de cara a la detección precoz de los problemas de salud, relacionados con dichos riesgos, que puedan afectar a los trabajadores.

c) Especial supervisión de la vigilancia de las condiciones de trabajo de las mujeres en períodos de embarazo y lactancia, de los menores, de los discapacitados y de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.

d) Elaboración y estudio, en colaboración con la Administración laboral, los órganos de participación en materia de seguridad y salud laboral y demás Administraciones competentes, de mapas que reflejen la distribución y magnitud de los riesgos derivados del trabajo existentes en las distintas áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón.

e) Diseño e implementación de sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica en salud laboral que aporten elementos objetivos para el conocimiento de los riesgos y daños derivados del trabajo, posibilitando el desarrollo y la evaluación de programas y la adopción de medidas de prevención y control ante problemas concretos detectados.

f) Supervisión y apoyo a la formación que deba recibir, en materia de prevención de riesgos laborales y promoción de la salud, el personal sanitario de los servicios de prevención, así como los profesionales de atención primaria del sistema sanitario público.

g) Elaboración y divulgación de estudios epidemiológicos y estadísticas relacionados con la salud de los trabajadores.

2. La base de todas las actuaciones será la información, la formación y la participación de empresarios y trabajadores a través de los cauces establecidos al efecto.

3. Las actuaciones se llevarán a cabo coordinadamente y en colaboración con el resto de Administraciones públicas implicadas en la prevención de riesgos laborales, órganos de participación institucional y entidades representativas de trabajadores y empresarios.

4. Los profesionales del Sistema de Salud de Aragón colaborarán con la Administración sanitaria en materia de salud laboral y especialmente en los sistemas de información que sobre esta materia se diseñen.

Artículo 32. *Sistema de Información de Salud.*

1. Para la realización de la planificación sanitaria y la evaluación continuada de la calidad de los servicios y prestaciones sanitarias, el Departamento responsable de Salud establecerá, en colaboración con el Instituto Aragonés de Estadística, el Sistema de Información de Salud, que incluirá datos demográficos, económicos, medioambientales y sanitarios. Todo ello sin perjuicio de las competencias de otros departamentos del Gobierno de Aragón y de otras Administraciones públicas.

2. El Sistema de Información se adecuará en cada momento a las necesidades del Sistema de Salud de Aragón.

3. 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 del Gobierno de Aragón, sin perjuicio de lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

CAPÍTULO III

Del Consejo de Salud de Aragón

Artículo 33. *Creación.*

Se crea el Consejo de Salud de Aragón como órgano colegiado de participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución, asesorando e informando al Departamento responsable de Salud.

Artículo 34. *Composición y funcionamiento.*

Reglamentariamente, se regulará la organización, composición, funcionamiento y atribuciones del Consejo de Salud de Aragón, que se ajustará a parámetros de paridad, de transparencia en los criterios y procesos para la designación y de participación democrática de todos los interesados, garantizando, en todo caso, la participación de la Administración autonómica, a través de representantes del Departamento competente en materia de salud, de los organismos públicos adscritos a dicho Departamento, y de los Departamentos competentes en materia de hacienda, educación, agricultura y servicios sociales, de las administraciones locales, de los sindicatos, en los términos establecidos en la Ley Orgánica de Libertad Sindical, de las organizaciones empresariales más representativas en Aragón, de la Universidad de Zaragoza, de los colegios profesionales, de las entidades científicas de la Comunidad Autónoma de Aragón, de las asociaciones vecinales, de los grupos parlamentarios de las Cortes de Aragón, de las asociaciones de afectados y de las organizaciones de consumidores y usuarios de Aragón.

Artículo 35. *Órganos de participación en los centros hospitalarios.*

1. Los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Aragón tendrán como órganos de participación:

a) Las comisiones de participación hospitalaria.
b) Las comisiones de bienestar social.

2. La composición y funciones de estos órganos se establecerán reglamentariamente.

CAPÍTULO IV

Intervención pública en relación con la salud individual y colectiva

Artículo 36. *Actuaciones.*

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Aragón, en el marco de sus competencias, realizará las siguientes actuaciones:

a) 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.

b) La exigencia de autorizaciones sanitarias, así como la obligación de someter a registro, por razones sanitarias a las empresas o productos, serán establecidas reglamentariamente, tomando como base lo dispuesto en la presente Ley, cuando se trate de servicios sanitarios comprendidos en el artículo 2.f) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio.

Las autorizaciones sanitarias y los registros obligatorios que se establezcan, en virtud de la habilitación prevista en el párrafo anterior, deberán cumplir las condiciones siguientes:

1. No resultarán discriminatorios ni directa ni indirectamente en función de la nacionalidad o, por lo que se refiere a sociedades, por razón de ubicación del domicilio social.

2. Deberán estar justificados en la protección de la salud pública.

3. Se cuidará que el régimen que se establezca sea el instrumento adecuado para garantizar la consecución del objetivo de protección de la salud pública, 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.

4. 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.

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 Aragón, 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 la apertura y las modificaciones en la estructura y régimen jurídico de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Aragón, cualquiera que sea su nivel y categoría o titular.

f) Inspeccionar y controlar los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Aragón, así como sus actividades de promoción y publicidad.

Los centros, servicios y establecimientos sanitarios a que hace referencia el artículo 25 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 al Departamento responsable de Salud.

g) 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.

h) Establecer criterios generales, normas y directrices para el ejercicio de las competencias en materia de sanidad mortuoria.

i) Ejercer cuantas competencias o funciones le vengan atribuidas por normas legales o reglamentarias.

Artículo 37. *Evaluación.*

Serán objeto de evaluación, seguimiento o intervención por parte de las autoridades competentes:

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 por esta Ley a la ciudadanía en el ámbito de la misma.

c) El cumplimiento por parte de la población de las obligaciones respecto a los servicios sanitarios contenidos en la presente Ley.

d) La calidad de las diversas unidades asistenciales de los centros, servicios y establecimientos del Sistema de Salud de Aragón.

e) 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.

f) La efectividad y eficiencia de los programas de salud colectivos desarrollados por el Sistema de Salud de Aragón.

g) La evaluación de las políticas de sanidad ambiental e higiene de los alimentos.

h) En general, toda actividad sanitaria del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, de Aragón respecto al cumplimiento de las normas sanitarias vigentes.

Artículo 38. *Medidas preventivas.*

1. Las Administraciones públicas de Aragón, 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, el cierre de empresas o sus instalaciones y la 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 la Ley General de Sanidad y a la Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

Artículo 39. *Inspección.*

1. El personal que lleve a cabo funciones de inspección gozará de la consideración 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) Obtener 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.

4. 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.

CAPÍTULO V

De las infracciones y sanciones

Artículo 40. *Infracciones.*

1. Constituyen infracciones sanitarias las que se encuentren tipificadas en la legislación estatal, en la presente Ley y en las demás normas de la Comunidad Autónoma que sean de aplicación en esta materia.

2. 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.

3. En casos de posible identidad de sujetos, hechos y fundamentos con infracciones a la normativa de prevención de riesgos laborales, se establecerá el correspondiente protocolo de información mutua con la autoridad laboral.

Artículo 41. *Infracciones graves y muy graves.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 35 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se tipifican como infracciones sanitarias graves las siguientes:

a) Dificultar o impedir el disfrute de cualquiera de los derechos reconocidos en el Título II de la presente Ley a los ciudadanos, respecto a los servicios sanitarios públicos o privados.

b) Incumplir las normas relativas a autorización, calificación, acreditación, homologación y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

c) Incumplir las normas relativas al registro, cumplimentación, notificación y envío de los datos y estadísticas sanitarios que reglamentariamente estén establecidos por las autoridades sanitarias para los centros, servicios y establecimientos, públicos y privados.

d) Destinar ayudas o subvenciones públicas a finalidades distintas de aquellas para las que se otorgaron.

2. Las infracciones sanitarias, tipificadas en el apartado anterior, podrán calificarse de muy graves en función de la importancia del daño producido para los usuarios, la relevancia para la salud pública de la alteración sanitaria ocasionada, la cuantía del posible beneficio obtenido, la intencionalidad o 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.

Artículo 42. *Sanciones.*

1. Las infracciones sanitarias serán sancionadas con las multas y demás medidas previstas en el artículo 36, apartados 1 y 2, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2. Los órganos competentes, en el ámbito de sus respectivas competencias, para la imposición de multas serán los siguientes:

a) Los Alcaldes, hasta 15.025,30 euros.

b) Los Directores de los Servicios Provinciales, hasta 12.020,24 euros.

c) Los Directores generales o asimilados, desde 12.020,25 hasta 30.050,61 euros.

d) El Consejero responsable de Salud, desde 30.050,62 hasta 210.354,23 euros.

e) El Gobierno de Aragón, desde 210.354,24 hasta 601.012,10 euros.

3. Las competencias previstas en el apartado anterior podrán ser objeto de desconcentración, en órganos inferiores, en el seno de las respectivas Administraciones.

4. La Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón podrá actuar en sustitución de los municipios en los supuestos y con los requisitos previstos en la legislación de régimen local.

5. Los usuarios del Sistema de Salud de Aragón que no cumplan los deberes establecidos en el artículo 5 podrán ser sancionados económicamente por un importe máximo equivalente al coste del servicio sanitario prestado o al de los daños producidos en las instalaciones.

Artículo 43. *Medidas provisionales.*

1. Una vez iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar, mediante acuerdo motivado, las medidas provisionales que resulten necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer y, en todo caso, de la legalidad vigente, así como para salvaguardar la salud pública.

2. Entre otras medidas provisionales, podrá adoptar las siguientes:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.

b) La clausura de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.
c) La exigencia de fianza.

Artículo 44. *Medidas cautelares.*

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 rectifiquen 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 carácter de sanción.

CAPÍTULO VI

Financiación

Artículo 45. *Financiación.*

1. El Sistema de Salud de Aragón se financiará fundamentalmente con cargo a:

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Comunidad Autónoma de Aragón 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 Aragón para fines sanitarios.
c) Los recursos que le sean asignados con cargo a los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón.

2. Asimismo, constituyen fuentes de financiación del Sistema de Salud:

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) Las tasas por la prestación de determinados servicios.
e) 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 de Salud de Aragón 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 de Salud de Aragón

CAPÍTULO I

De la organización territorial

Artículo 46. *Estructura territorial.*

El Sistema de Salud de Aragón se organiza en demarcaciones territoriales denominadas áreas de salud, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, ambientales, de vías y medios de comunicación homogéneos, así como de instalaciones sanitarias existentes y teniendo en cuenta la ordenación territorial establecida por el Gobierno de Aragón y los criterios definidos en la Ley General de Sanidad.

Artículo 47. *Área de salud.*

1. El área de salud constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad del proceso asistencial y la accesibilidad a los servicios del usuario.

2. El Gobierno de Aragón, a propuesta del Consejero responsable de Salud, y previo informe del Consejo de Salud de Aragón, aprobará y modificará los límites territoriales de las áreas de salud, pudiendo existir sectores sanitarios dentro de las áreas, de conformidad con los derechos y deberes referidos en la presente Ley.

3. Reglamentariamente se determinará la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores, así como de sus órganos de gestión y participación que en cada caso correspondan.

Artículo 48. *Zona de salud.*

1. Para conseguir la máxima eficacia en la organización y funcionamiento del Sistema de Salud de Aragón, las áreas de salud, sin perjuicio de la posible existencia de otras demarcaciones territoriales, se dividirán en zonas de salud.

2. La zona de salud es el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, que debe contar con la capacidad de proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible.

3. Las zonas de salud serán delimitadas por el Departamento responsable de Salud, así como sus modificaciones, atendiendo a factores de carácter geográfico, demográfico, social, económico, epidemiológico, cultural y viario, y teniendo en cuenta los recursos existentes y la ordenación territorial establecida por el Gobierno de Aragón.

CAPÍTULO II

De la ordenación funcional

Artículo 49. *Estructuras operativas.*

1. Los servicios sanitarios garantizarán necesariamente una prestación integral y coordinada y, sin perjuicio de la observación de los planes estratégicos de carácter sectorial que desarrolle el Departamento responsable de Salud, 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 a la salud mental.
e) Atención sanitaria urgente.
f) Atención a la dependencia.

2. Los servicios sanitarios en Aragón se prestarán en el conjunto de centros, servicios y establecimientos que constituyen la red sanitaria pública de Aragón, sin perjuicio de los convenios o conciertos que se puedan establecer.

Artículo 50. *De la salud pública.*

1. La salud pública es el conjunto de actuaciones sanitarias y no sanitarias que tienen como fin promover y mejorar la salud de las personas y de la colectividad, y prevenir su deterioro actuando sobre ellas y sobre los factores que pueden producir enfermedad, además de colaborar en la conservación de un entorno saludable.

2. Las estructuras de salud pública dependerán, por su carácter poblacional, del Departamento responsable de Salud, desde donde se desarrollarán las funciones de planificación y coordinación.

Artículo 51. *De la atención primaria.*

1. La atención primaria constituye el acceso ordinario de la población al proceso asistencial 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. Dicha atención se prestará a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, bien sea de carácter programado o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario, de manera que aumente la accesibilidad de la población a los servicios.

3. 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.

4. 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 en el Plan de Salud y los objetivos anuales de las áreas de salud.

Artículo 52. *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 y en los centros especializados de diagnóstico y tratamiento.

2. El hospital, junto a sus correspondientes centros de especialidades, 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 la salud, prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con la atención primaria y de acuerdo con las directrices establecidas en el Plan de Salud y los objetivos anuales de las áreas de salud.

3. Cada área de salud dispondrá, al menos, de un centro hospitalario, que ofertará los servicios adecuados a las necesidades de la población.

4. Se garantizará la coordinación y la continuidad durante todo el proceso asistencial.

5. La atención especializada deberá ser prestada, siempre que sea posible, de forma ambulatoria.

Artículo 53. *De la atención a la salud mental.*

1. La atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización breve y parcial, así como la atención a domicilio, de tal forma que se reduzca al máximo posible la necesidad de hospitalización. Las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requieran, se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

2. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales y sociosanitarios.

Artículo 54. *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 reglamentariamente.

2. Los centros de salud serán los puntos de referencia básicos de esta actividad en coordinación con los centros hospitalarios y el Servicio de Urgencias y Emergencias, en su caso.

3. En los casos necesarios, los dispositivos de asistencia sanitaria a las emergencias, catástrofes y urgencias de la Comunidad Autónoma de Aragón se coordinarán con aquellos similares, sea cual fuera su titularidad o ámbito territorial.

Artículo 55. *De la atención a la dependencia.*

1. La atención a la dependencia es el conjunto de prestaciones y servicios que garantizan la asistencia sanitaria precisa y el apoyo social necesario para aquellas personas que carecen de autonomía personal para el desarrollo de las actividades propias de la vida cotidiana, como consecuencia o asociada a la existencia de un problema de salud o de sus secuelas.

2. El Sistema de Salud de Aragón dispondrá de los servicios sociosanitarios necesarios para proporcionar los cuidados adecuados a las personas en situación de dependencia.

3. Para garantizar la continuidad y la idoneidad de los cuidados a las personas dependientes, se arbitrarán las estructuras necesarias que articulen la coordinación con los servicios de la atención sanitaria, así como con los servicios sociales, con quienes compartirán el fin de proporcionar apoyo social a las personas en situación de dependencia.

Artículo 56. *Desplazamientos.*

El Departamento responsable de Salud 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 57. *Colaboración con la iniciativa privada.*

1. El Sistema de Salud de Aragón podrá establecer conciertos o convenios de vinculación para la prestación de servicios sanitarios a través de medios ajenos al mismo, teniendo siempre en cuenta el principio de subsidiariedad y en los términos previstos en la Ley General de Sanidad y en la Ley del Servicio Aragonés de Salud.

2. Las organizaciones sanitarias privadas deberán realizar, en todo caso, 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.

CAPÍTULO III

Del personal

Artículo 58. *Personal.*

1. El personal al servicio del Sistema de Salud de Aragón estará formado por:

a) El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón que preste sus servicios en el Sistema de Salud de Aragón.
b) El personal de otras Administraciones públicas que se adscriba para prestar servicios en el Sistema de Salud de Aragón.
c) El personal del Servicio Aragonés de Salud y de las empresas públicas y entes de carácter sanitario del Sistema de Salud de Aragón.
d) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

2. La clasificación y régimen jurídico del personal del Sistema de Salud de Aragón y de los organismos y/o entidades adscritos o que lo conforman se regirán por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.

TÍTULO VII

De las competencias de las Administraciones públicas de Aragón

Artículo 59. *Del Gobierno de Aragón.*

Corresponden al Gobierno de Aragón, en el ejercicio de sus funciones ejecutivas, las siguientes competencias:

a) Establecer las directrices de la acción de gobierno en la política de promoción y protección de la salud y de asistencia sanitaria y sociosanitaria.
b) Aprobar el Plan de Salud de Aragón, poniendo el mismo en conocimiento de las Cortes de Aragón.
c) Aprobar el proyecto de presupuesto del Servicio Aragonés de Salud, que se integrará en el proyecto de presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón.
d) Nombrar y cesar a las personas que integran el Consejo de Dirección del Servicio Aragonés de Salud.
e) Nombrar y cesar al Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud, a propuesta del Consejero responsable de Salud.
f) Aprobar el reglamento de estructura y funcionamiento del Servicio Aragonés de Salud, en los términos marcados en la presente Ley.
g) Acordar la constitución de organismos dependientes del Servicio Aragonés de Salud.
h) Autorizar la suscripción de convenios con la Administración General del Estado y con otras Comunidades Autónomas.
i) Acordar la creación o constitución de empresas o fundaciones de titularidad pública, así como la participación del Servicio Aragonés de Salud en las mismas.
j) Dictar la normativa del régimen estatutario del personal de las distintas Administraciones públicas de Aragón con competencias sanitarias, de acuerdo con lo previsto por la Ley General de Sanidad.
k) Aprobar el mapa sanitario de Aragón.
l) Fijar las tarifas de los precios públicos por servicios sanitarios.
m) Cualesquiera otras que le atribuya la legislación vigente.

Artículo 60. *Del Departamento responsable de Salud.*

1. El Departamento responsable de Salud del Gobierno de Aragón ejercerá las funciones de aseguramiento, planificación, ordenación, programación, alta dirección, evaluación, inspección y control de las actividades, centros y servicios en las áreas de salud pública, salud laboral y asistencia sanitaria. Igualmente, ejercerá la alta dirección, control y tutela del Servicio Aragonés de Salud.
2. Corresponden, asimismo, al Consejero las siguientes atribuciones:

a) La propuesta y ejecución de las directrices y los objetivos del Gobierno de Aragón sobre la política de salud.
b) La estructuración, ordenación y planificación territorial en materia sanitaria.
c) La presentación al Consejo de Gobierno del anteproyecto de presupuestos del Departamento, incluido el Servicio Aragonés de Salud.
d) La propuesta al Gobierno de Aragón del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma, oído el Consejo de Salud de la misma.
e) La propuesta al Gobierno de Aragón del mapa sanitario para su aprobación.
f) El control y la inspección de las actividades del Sistema de Salud de Aragón y su adecuación al Plan de Salud.
g) La aprobación de la memoria anual de actuación del Servicio Aragonés de Salud.
h) La elaboración del reglamento del Servicio Aragonés de Salud, elevándolo para su aprobación al Gobierno de Aragón.
i) La propuesta al Gobierno de Aragón del nombramiento y remoción del Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud.
j) La política general de relaciones del Servicio Aragonés de Salud con otras Administraciones públicas y con entidades públicas y privadas, así como su representación.

k) El fomento de la participación comunitaria y la protección de los usuarios de los servicios del organismo.

l) La aprobación y posterior tramitación del anteproyecto del presupuesto anual del Servicio Aragonés de Salud, de acuerdo con la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma.

m) La acreditación, autorización, seguimiento y evaluación de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

n) La acreditación, autorización, coordinación, inspección y evaluación de centros y servicios de extracción y trasplante de órganos y tejidos, así como la coordinación autonómica.

ñ) El catálogo y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma.

o) Los registros sanitarios obligatorios de cualquier tipo de instalaciones, establecimientos, actividades, servicios o artículos directa o indirectamente relacionados con cualquier uso o consumo humano.

p) Todas las funciones de salud pública recogidas en el artículo 29 de la presente Ley.

q) El nombramiento y la remoción de los cargos directivos de hospitales y centros asistenciales a propuesta del Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud.

r) La fijación de los criterios básicos de gestión de personal y su desarrollo normativo, en su caso, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, y los nombramientos y propuestas de nombramientos de los cargos directivos del Servicio Aragonés de Salud, en los términos de esta Ley y de sus normas reglamentarias.

s) La autorización de acuerdos, conciertos, convenios o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, sin perjuicio de las competencias que atribuyen al Gobierno de Aragón la Ley del Presidente y del Gobierno de Aragón y el apartado h) del artículo anterior.

t) El ejercicio de las competencias sancionadoras y de intervención pública para protección de la salud.

u) La concesión de subvenciones a entidades públicas o privadas para la realización de actividades e inversiones necesarias para el desarrollo de las mismas.

v) El establecimiento de un dispositivo sanitario de intervención inmediata en situaciones de catástrofe, en coordinación con los servicios de protección civil.

w) La elevación al Gobierno de Aragón de la propuesta de creación o constitución de entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho o de participación del Servicio Aragonés de Salud en las mismas.

x) El nombramiento y cese de los Vocales del Consejo de Salud del Sistema de Salud de Aragón.

y) La autorización de los reglamentos de funcionamiento interno del Consejo de Salud del Sistema de Salud de Aragón, del Consejo de Dirección del Servicio Aragonés de Salud y de los Consejos de Dirección y Consejos de Salud de Área.

z) La definición de los contratos programa con las entidades o instituciones encargadas de la provisión de servicio.

a') La aprobación de la cartera de servicios de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, a propuesta del mismo, oído el Consejo de Salud del Sistema de Salud de Aragón.

b') 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 disposiciones generales o particulares que impongan obligaciones 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.

c') La organización y adopción de las medidas de protección al usuario del Sistema de Salud de Aragón.

d') Cuantas le atribuye expresamente la presente Ley y demás normativa vigente, así como todas aquellas no encomendadas específicamente a los órganos de gobierno del Servicio Aragonés de Salud.

3. Corresponde a los Servicios Provinciales, en su ámbito territorial, el desarrollo de las funciones y la prestación de los servicios del Departamento responsable de Salud, de acuerdo con el principio de desconcentración y bajo la supervisión del mismo.

Artículo 61. *Competencias de las entidades locales.*

1. Corresponden a las entidades locales, en el marco del Plan de Salud de Aragón y de las directrices y programas de la Comunidad Autónoma de Aragón, las siguientes funciones:

A) Ejercer las competencias que en materia de salud pública les atribuye la legislación de régimen local. En general, las entidades locales, 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 medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos y residuos peligrosos.
b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia pública, especialmente de los centros de restauración colectiva, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas y guarderías, 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.
f) Desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos.

B) Formar parte de los órganos del Sistema de Salud de Aragón, 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. 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.
3. Las entidades locales donde el desarrollo de tales funciones no justifique que dispongan de personal y servicios propios deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén comprendidas.
4. El personal sanitario de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón que preste apoyo a las entidades locales en los asuntos relacionados en este 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.
5. El Gobierno de Aragón podrá delegar en las entidades locales el ejercicio de cualesquiera funciones en materia sanitaria, en las condiciones previstas en la legislación de régimen local, las leyes de Administración local de la Comunidad Autónoma de Aragón y las leyes de comarcalización.

TÍTULO VIII

De la docencia e investigación

Artículo 62. *Docencia.*

1. El Sistema de Salud de Aragón deberá colaborar con la docencia pregraduada, posgraduada y continuada a los colectivos de profesionales de la Comunidad Autónoma y en el desarrollo de un sistema de aprendizaje permanente.

2. En la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del Sistema de Salud se establecerá la colaboración permanente entre el Departamento responsable de Salud y el resto de los departamentos, en particular, el competente en materia educativa.

3. 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.

4. Los Departamentos responsables de Salud y de Educación establecerán 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. El Departamento responsable de Salud 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, en coordinación con el organismo de participación competente en materia de formación profesional.

Artículo 63. *Investigación sanitaria.*

1. El Sistema de Salud de Aragón deberá fomentar 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. El Departamento responsable de Salud, 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 Aragón.

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.

4. La Administración de la Comunidad Autónoma fomentará la coordinación en materia de investigación sanitaria con otras instituciones, tanto de ámbito autonómico como nacional e internacional.

TÍTULO IX

Del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Artículo 64. *Creación.*

1. Se crea el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud como entidad de Derecho Público adscrita al Departamento responsable de Salud y dotada de personalidad jurídica y patrimonio propio, y plena capacidad para el cumplimiento de los fines de colaboración en el desarrollo de los servicios del Sistema de Salud de Aragón, mediante 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.

2. El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud se regirá por lo dispuesto en esta Ley, por la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón y demás disposiciones aplicables. En las relaciones externas, contratación y tráfico patrimonial y

mercantil ajustará su actividad al ordenamiento jurídico privado, con las excepciones legalmente previstas.

Artículo 65. *Funciones.*

Corresponden al Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud las siguientes funciones:

a) Transferencia de conocimiento para la toma de decisiones.
b) Desarrollo de guías de práctica de carácter estratégico.
c) Desarrollo de los planes de formación continuada de los profesionales sanitarios de carácter estratégico.
d) Formación específica en salud pública y disciplinas afines, gestión y administración sanitaria, economía de la salud y metodología de la investigación.
e) Formación de personal investigador.
f) Creación y mantenimiento de un fondo de documentación en ciencias de la salud.
g) Diseño de las líneas de investigación relacionadas con las prioridades de salud.
h) Promoción y desarrollo de proyectos de investigación en ciencias de la salud.
i) Dar soporte a grupos de investigación.
j) Diseño y coordinación de estudios de evaluación de los servicios de salud y tecnologías sanitarias.
k) Prestación de servicios y realización de informes y actuaciones que, en el ámbito de su competencia, le sean encomendados por el Departamento responsable de Salud.
l) Cualquier otra relacionada con el fomento de la investigación, la asesoría, la cooperación y el aumento de conocimiento sobre la salud.

Artículo 66. *Organización.*

Los órganos de dirección del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud son:

a) El Consejo de Dirección.
b) El Presidente del Consejo de Dirección.
c) El Director Gerente.

Artículo 67. *El Consejo de Dirección.*

1. El Consejo de Dirección es el órgano colegiado de dirección y control de la entidad.
2. Estará compuesto por quienes ejerzan la Presidencia y la Vicepresidencia, así como la Dirección Gerencia del Instituto, y por nueve vocales en representación de los departamentos responsables de salud y de ciencia y del Servicio Aragonés de Salud.
3. Los vocales, nombrados mediante decreto del Gobierno de Aragón, se distribuirán de la siguiente forma:

a) La persona titular de la dirección general responsable en materia de salud pública.
b) La persona titular de la dirección general responsable en materia de digitalización e innovación en salud.
c) La persona titular de la dirección gerencia del Servicio Aragonés de Salud.
d) Cuatro vocales, con rango mínimo de jefe/a de servicio, designados por el titular del departamento responsable de salud, de las áreas correspondientes de asistencia sanitaria, cartera de servicios, y formación y estrategias de salud, favoreciendo la representación territorial del Sistema de Salud de Aragón.
e) Dos vocales, con rango mínimo de jefe/a de servicio, designados por la persona titular del departamento responsable de ciencia y universidad.

4. Corresponderá a la Presidencia del Consejo de Dirección designar, de entre los vocales, a quien deba ejercer las funciones de secretario/a del Consejo.
5. Corresponden al Consejo de Dirección las siguientes funciones:

a) Planificar y dirigir la actuación del Instituto en el marco de las directrices establecidas por el Departamento al que está adscrito.
b) Aprobar los estatutos o el reglamento interno de organización y funcionamiento del Instituto.

c) Aprobar las líneas de investigación, programas de acción y objetivos prioritarios del Instituto, en orden al cumplimiento de sus fines, así como realizar las acciones y suscribir los acuerdos, pactos, convenios y contratos que sean precisos d) Determinar los criterios generales para la selección, admisión y retribución del personal, con sujeción al ordenamiento jurídico aplicable.

e) Aprobar los presupuestos y las cuentas anuales, así como el programa de actuación, inversiones y financiación, y aprobar el balance, cuenta de pérdidas y ganancias y la memoria explicativa de la gestión anual del Instituto.

f) Autorizar los convenios, inversiones, empréstitos, operaciones de crédito y demás operaciones financieras que puedan convenir para la realización de sus fines y realizar cuantos actos de gestión, disposición y administración de su patrimonio propio se reputen necesarios.

g) Ejercitar, respecto de los bienes del Instituto, propios o adscritos, todas las facultades de protección que procedan, incluyendo la recuperación posesoria.

h) Aprobar, previo conocimiento del Consejo de Gobierno, la participación del Instituto en sociedades mercantiles, consorcios y otros entes jurídicos cuyo objeto social sea similar al del Instituto.

Artículo 68. *El Presidente.*

1. La presidencia del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud corresponde al Consejero del Departamento responsable de Salud.

2. El Presidente presidirá el Consejo de Dirección y ejercerá cuantas funciones le atribuyan los estatutos o el Consejo de Dirección.

Artículo 69. *La Vicepresidencia.*

1. La Vicepresidencia del Instituto corresponderá a la persona titular del Departamento responsable en materia de ciencia.

2. La Vicepresidencia desempeñará las funciones de sustitución de la Presidencia en los casos de vacante, ausencia o enfermedad, así como cualesquiera otras que le atribuyan los estatutos.

Artículo 70. *El Director Gerente.*

1. El Director Gerente será nombrado y separado por el Gobierno de Aragón, a propuesta del Consejero responsable de Salud, entre personas de reconocida competencia en las materias relacionadas con los fines perseguidos por el Instituto, asumiendo todas las funciones ejecutivas para la gestión del Instituto.

2. Corresponden al Director Gerente las siguientes funciones:

a) Representación legal de la entidad.

b) Ejecutar y hacer cumplir los acuerdos del Consejo de Dirección.

c) La propuesta al Consejo de Dirección de las líneas de trabajo y de los resultados de la actividad del Instituto.

d) La dirección, gestión y seguimiento de las actividades así como de los recursos, humanos, económicos y materiales, de conformidad con las directrices establecidas.

e) Realizar las funciones de órgano de contratación.

f) Elevar al Consejo de Dirección la memoria anual de actividades y la propuesta de presupuestos anuales del Instituto.

g) Cualesquiera otras que le atribuya el Consejo de Dirección.

Artículo 71. *Régimen económico-financiero.*

1. Los recursos del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud estarán integrados por:

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

b) Las subvenciones o aportaciones procedentes de personas físicas o jurídicas, públicas o privadas.

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

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

e) Cualquier otro recurso que pueda serle atribuido.

2. El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud elaborará anualmente el anteproyecto de presupuesto, el programa de actuación, inversiones y financiación, y demás documentación complementaria del mismo, de conformidad con lo establecido en la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón.

3. La Intervención General de la Diputación General de Aragón realizará el control financiero del Instituto en los términos establecidos en la Ley de Hacienda, y redactará el correspondiente informe, que será remitido a las Cortes de Aragón dentro del mes siguiente.

4. La concesión de avales y las operaciones de endeudamiento del Instituto deberán respetar, en todo caso, los límites individuales y las cuantías globales asignados para tales fines en la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de cada ejercicio, debiendo comunicarlo a la Comisión de Economía y Presupuestos de las Cortes de Aragón dentro del mes siguiente a su realización.

5. El Instituto sujetará su contabilidad al Plan de Contabilidad Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 72. *Patrimonio.*

1. Los bienes del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud 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 la Ley de Patrimonio de la Comunidad Autónoma de Aragón.

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

La entidad tendrá libre disposición sobre dichos bienes y derechos, correspondiendo al Consejo de Dirección la competencia para acordar su enajenación.

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 el Instituto. En todo caso, corresponderá al Instituto su utilización, administración y explotación.

Artículo 73. *Régimen de personal.*

1. El régimen de personal se atendrá a lo establecido en la legislación estatal básica y en la legislación de la Comunidad Autónoma.

2. El personal directivo se elegirá por el titular del Departamento responsable de Salud entre personas de reconocida competencia en las materias relacionadas con los fines del Instituto. Se podrá realizar una contratación bajo la modalidad de relación laboral especial de alta dirección, sin que puedan pactarse, por razón de la extinción del contrato, cláusulas indemnizatorias superiores a las establecidas, para el supuesto de extinción del contrato por voluntad del empresario, en el Real Decreto por el que se regula la relación laboral especial del personal de alta dirección.

Artículo 74. *Régimen de contratación.*

Las contrataciones que realice el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud se someterán al Derecho privado, debiendo respetar lo dispuesto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas y, en todo caso, los principios de publicidad, libre concurrencia, salvaguarda de su interés y homogeneización del sistema de contratación con el del sector público.

Artículo 75. *Gestión presupuestaria.*

1. La autorización para imputar a los créditos del Presupuesto vigente del Instituto de las obligaciones derivadas de compromisos de gastos debidamente adquiridos en ejercicios anteriores, corresponderá al Director Gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

2. Los remanentes de crédito del ejercicio anterior se incorporarán al del ejercicio vigente siguiendo lo establecido en los apartados 3 y 4 del artículo 44 del texto refundido de la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón para su habilitación presupuestaria.

3. Corresponde al Director Gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud autorizar las generaciones de crédito en los estados de gastos del Presupuesto derivadas de los ingresos procedentes de:

a) Aportaciones de personas físicas o jurídicas para financiar gastos que por su naturaleza estén comprendidos en los fines y objetivos de los mismos.

b) La prestación de servicios.

c) Ingresos patrimoniales.

d) Reintegros de pagos realizados con cargo a créditos presupuestarios de ejercicios anteriores.

En todo caso, las modificaciones presupuestarias se remitirán al Departamento competente en materia de hacienda para su conocimiento.

4. El Director Gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud podrá autorizar la reposición de crédito en los estados de gastos del Presupuesto por ingresos producidos como consecuencia de pagos realizados con cargo a créditos presupuestarios del ejercicio corriente derivados de reintegros de subvenciones cofinanciadas y de pagos indebidamente realizados.

En todo caso, las modificaciones presupuestarias se remitirán al Departamento competente en materia de hacienda para su conocimiento.

5. Corresponde al Director Gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud autorizar los gastos de carácter plurianual, cuando tengan por objeto:

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

b) Subvenciones y ayudas públicas que, de acuerdo con su normativa reguladora, hayan de concederse en ejercicios anteriores a aquel al que deban imputarse las obligaciones en el momento de ser éstas exigibles.

6. Los créditos del Capítulo VI (Inversiones Reales del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud) tendrán carácter vinculante a nivel de artículo.

7. Se considerarán ampliables los créditos del estado de dotaciones del Presupuesto del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud en las cuantías correspondientes para reflejar las repercusiones que en su financiación tengan las modificaciones positivas en los créditos de prestación de servicios y de transferencias destinados al mismo.

Artículo 76. *Gestión financiera.*

1. El Director Gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud podrá autorizar la apertura y utilización de cuentas en las entidades de crédito o ahorro siempre que no impliquen ningún tipo de endeudamiento.

2. El Instituto dará cuenta al Departamento competente en materia de hacienda de dichas operaciones así como un informe justificativo de la especial naturaleza de las mismas y el lugar donde deben realizarse.

Disposición adicional primera. *Integración de los funcionarios de las Escalas de Médicos Inspectores, de Farmacéuticos Inspectores y de Enfermeros Subinspectores.*

1. Los funcionarios de las Escalas de Médicos Inspectores y de Farmacéuticos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social transferidos a la Comunidad Autónoma de Aragón, se integran en la Administración de esta Comunidad Autónoma en la Escala Sanitaria Superior del Cuerpo de Funcionarios Superiores, clases de especialidad Inspectores Médicos e Inspectores Farmacéuticos, respectivamente.

2. Los funcionarios de la Escala de Enfermeros Subinspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social transferidos a la Comunidad Autónoma de Aragón se integran en la Administración de esta Comunidad Autónoma en la

Escala Técnica Sanitaria del Cuerpo de Funcionarios Técnicos, clase de especialidad Subinspección Sanitaria.

Disposición adicional segunda. *Asunción de las funciones desempeñadas por las Comisiones Ejecutivas Provinciales del Instituto Nacional de la Salud.*

Las funciones desempeñadas por las Comisiones Ejecutivas Provinciales del Instituto Nacional de la Salud serán asumidas por el órgano colegiado de participación comunitaria que se cree dentro de la estructura de las Áreas de Salud.

Disposición adicional tercera. *Estabilización del empleo público en el ámbito sanitario.*

(Anulada).

Disposición transitoria primera. *Adopción de medidas técnicas y organizativas en relación con las historias clínicas.*

Los centros sanitarios dispondrán de un plazo de un año, contado desde la entrada en vigor de la presente Ley, para adoptar las medidas técnicas y organizativas necesarias para adaptar el tratamiento de las historias clínicas a las previsiones contenidas en las mismas y elaborar los modelos normalizados de la historia clínica a que se refiere el artículo 17. Los procesos asistenciales que se lleven a cabo transcurrido este plazo deberán reflejarse documentalmente de acuerdo con los modelos normalizados aprobados.

Disposición transitoria segunda. *Funciones a desarrollar por los funcionarios de las Escalas de Médicos Inspectores, Farmacéuticos Inspectores y Enfermeros Subinspectores transferidos a la Comunidad Autónoma.*

El personal de las Escalas de Médicos Inspectores, Farmacéuticos Inspectores y Enfermeros Subinspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social transferido a la Comunidad Autónoma de Aragón desarrollará, hasta el momento de la entrada en vigor del Decreto por el que se ordene la inspección sanitaria de la Comunidad Autónoma, y dentro de las competencias que en materia sanitaria corresponden a esta Comunidad Autónoma, las funciones que tiene atribuidas por la normativa vigente.

Disposición derogatoria primera.

Quedan derogados los artículos 4.1, 8, 9, 10, 11.2, 12, 13.c), 15.d), 18, 19, 22 a 27, ambos inclusive, y 36 de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por la Ley 8/1999, de 9 de abril.

Disposición derogatoria segunda.

Asimismo, quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final primera. *Reforma de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.*

1. Se modifica el artículo 6.1 de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, reformada por la Ley 8/1999, de 9 de abril, que queda redactado de la siguiente forma:

> «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. Se modifica el artículo 17.k) de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, reformada por la Ley 8/1999, de 9 de abril, que queda redactado de la siguiente manera:

«Facilitar a los miembros del Consejo de Dirección toda la documentación necesaria para el desempeño de sus funciones.»

3. Se modifica el apartado 2 del artículo 55 de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, reformada por la Ley 8/1999, de 9 de abril, que queda redactado en los siguientes términos:

«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, sin perjuicio de lo que determine con carácter básico el Estatuto Marco al que se refiere la Ley General de Sanidad, 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.»

Disposición final segunda. *Autorización para refundir textos.*

En el plazo de un año tras la entrada en vigor de esta Ley, el Gobierno de Aragón aprobará el Decreto legislativo que refunda, respectivamente, la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, y la Ley 8/1999, de 9 de abril, de modificación de la anterior, con los correspondientes preceptos contenidos en la presente Ley.

Disposición final tercera. *Ordenación de la inspección sanitaria.*

1. El Gobierno de Aragón, dentro del plazo máximo de un año desde la entrada en vigor de esta Ley, establecerá, mediante Decreto, la ordenación de la inspección sanitaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.

2. En este Decreto se regularán, al menos, las funciones de los Inspectores Médicos, de los Inspectores Farmacéuticos y de la Subinspección Sanitaria, así como la organización y el procedimiento de actuación de la inspección sanitaria de la Comunidad Autónoma.

Disposición final cuarta. *Autorización normativa.*

Se faculta al Gobierno de Aragón para dictar cuantas disposiciones considere necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final quinta. *Entrada en vigor.*

Esta Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Aragón».

§ 15

Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón

Comunidad Autónoma de Aragón
«BOA» núm. 137, de 15 de julio de 2014
«BOE» núm. 186, de 1 de agosto de 2014
Última modificación: 2 de julio de 2021
Referencia: BOE-A-2014-8282

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

I

La Constitución Española, dentro de los principios rectores de la política social y económica, reconoce en su artículo 43 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. A su vez, en su artículo 51, se establece que los poderes públicos garantizarán la defensa de consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.

El Estatuto de Autonomía de Aragón establece, en su artículo 14, el derecho a la salud, y en su artículo 17, los derechos de consumidores y usuarios de forma que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud y su seguridad.

La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, ha desarrollado, en una primera fase, la regulación general de todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y la ordenación del Sistema de Salud de Aragón, dedicando el capítulo IV del título V a la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva. En su artículo 29, se concretan las actuaciones que corresponde desarrollar al Sistema de Salud de Aragón en relación con la salud pública, de acuerdo con las estrategias contenidas en el Plan de Salud de Aragón que se regula en el título IV de la citada ley.

Aunque los servicios de salud pública están muy consolidados tanto en la Comunidad Autónoma de Aragón como en el resto de España, el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud siempre se ha interpretado como el derecho de la ciudadanía a recibir asistencia médica frente a la enfermedad. Las principales normas básicas, como la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, así como la referida Ley 6/2002, de 15 de abril, constatan dicha realidad.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se aprueba al amparo de la competencia que la Constitución Española, en su artículo 149.1.16.ª, atribuye al Estado sobre las bases y coordinación general de la sanidad. Al tratarse de una competencia compartida, corresponde a la Comunidad Autónoma, de conformidad con el artículo 71.55.ª del Estatuto de Autonomía de Aragón, tanto el desarrollo de la legislación básica estatal como el ejercicio de la función ejecutiva en materia de sanidad y salud pública.

II

En desarrollo de dicha previsión estatutaria, la presente ley pretende dar una mejor respuesta a los problemas de salud pública en nuestra Comunidad Autónoma.

Los nuevos retos y demandas sociales exigen de los servicios de salud pública que medien, aúnen y coordinen sus propios dispositivos, las acciones de prevención y promoción de la salud de los servicios sanitarios y todas las actuaciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud.

Para ello, la presente ley enumera las funciones esenciales, las competencias generales y exclusivas de cada colectivo con responsabilidad en el campo de la salud pública, coordinando los métodos de trabajo de las distintas parcelas donde se interviene, incluidas las de control de la sanidad animal, tomando en consideración, a todos los efectos, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y estableciendo un modelo de organización periférica que unifique territorialmente las distintas estructuras del Sistema de Salud de Aragón y los del Servicio de Seguridad Agroalimentaria para, en definitiva, hacer más eficaz y eficiente la prestación de los servicios de salud pública.

Como reconocimiento a la labor de las y los profesionales de salud pública, será preciso el estudio de la adecuación del modelo de carrera profesional que desarrolle el organismo competente del Gobierno de Aragón en materia de personal.

Sobre la base de estas ideas fundamentales, la ley se estructura en cinco títulos, a los que se añade el conjunto de disposiciones que se insertan en su parte final.

El título I, dedicado a las disposiciones generales, consta de dos capítulos. El primero de ellos se ocupa de fijar el objeto, ámbito y principios rectores de actuación en materia de salud pública, destacando el enfoque de las funciones esenciales de la salud pública en concordancia con las directrices europeas de este ámbito. En el capítulo segundo se desarrollan los derechos y deberes en relación con la salud pública, en los que adquieren especial relevancia valores como la información, la participación, la igualdad, la intimidad, la confidencialidad y la dignidad.

El título II se dedica a concretar y clarificar las competencias que asumen las distintas Administraciones en materia de salud pública dentro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón. Se define un nuevo modelo de organización territorial o estructura periférica de los servicios autonómicos de salud pública, basado en la creación de las áreas de salud pública, como demarcación de referencia para la actuación de los correspondientes equipos multidisciplinares de salud pública, los cuales se responsabilizan de la prestación de los servicios de salud pública que ofrece la Comunidad Autónoma en este ámbito, actuando en coordinación con los servicios asistenciales ubicados en las correspondientes áreas y sectores. Se configura el Laboratorio de salud pública como referencia autonómica en la gestión de las necesidades 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 con incidencia directa o indirecta en la salud pública. Por último, se determinan las competencias profesionales básicas y específicas.

El título III regula los medios de actuación en materia de salud pública, mediante las prestaciones de salud pública dentro de la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma. Se ordenan los aspectos básicos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la salud laboral, la protección de la salud, la información, investigación y vigilancia en salud pública, así como la farmacovigilancia y la prevención de las adicciones.

El título IV establece un marco regulador completo de las facultades de inspección e intervención administrativa en materia de salud pública. Se reconoce el importante papel que han de jugar los servicios de inspección en la detección y reacción temprana frente a los riesgos, posibilitando la utilización de estos servicios para otros fines de salud pública. Se prevé la respuesta urgente frente a situaciones de riesgo, a través de la adopción de

medidas especiales y cautelares que, con las debidas cautelas, están llamadas a anticiparse a la lesión de la salud pública o, cuando menos, a evitar la continuación del daño, ya que tal lesión, por la propia naturaleza de este bien jurídico, puede resultar de difícil o acaso imposible reparación. Se contempla la corresponsabilidad de los operadores económicos en la tutela de la salud pública. Finalmente, se crea el Registro de establecimientos alimentarios, como mecanismo de control de salud pública.

El título V lleva a cabo una regulación general de las infracciones y sanciones en materia de salud pública, operación que no se había abordado hasta la fecha en una norma autonómica de rango legal. En efecto, dada la parquedad y limitación del contenido normativo de la Ley 6/2002, de 15 de abril, en lo relativo al régimen sancionador propio en materia de salud pública, el ejercicio de la potestad sancionadora carecía de un marco adecuado que garantizase, a un tiempo, la correcta actuación administrativa y los derechos de las posibles personas afectadas por tal actuación. Por ello, se ha efectuado la imprescindible tipificación de conductas infractoras y de las correspondientes sanciones, cuya aplicación procederá en los supuestos en los que no haya disposiciones sancionadoras de carácter sectorial o específico que resulten de aplicación. A ello se añaden algunas previsiones de carácter complementario que hacen relación, entre otros aspectos, al principio de proporcionalidad o a la adopción de medidas provisionales y complementarias en los procedimientos sancionadores.

Por último, la ley incorpora en su parte final tres disposiciones adicionales, dos transitorias, una derogatoria y cuatro finales.

TÍTULO I

Disposiciones generales

CAPÍTULO I

Objeto, principios y funciones

Artículo 1. *Objeto.*

1. Esta ley tiene por objeto establecer las bases en la Comunidad Autónoma de Aragón para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios y, en general, de las actuaciones de toda índole desarrolladas por parte de los poderes públicos, entidades privadas u organizaciones de la sociedad civil con la finalidad de actuar sobre los determinantes de salud y, así, prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

2. La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

3. La Comunidad Autónoma de Aragón tendrá las funciones de canalizar, promover, impulsar y organizar las iniciativas promovidas desde la sociedad y la de dirigir y coordinar las prestaciones de salud pública de las Administraciones Públicas implicadas, dentro de sus ámbitos competenciales, facilitando la participación de la ciudadanía, las entidades privadas y las organizaciones de la sociedad civil.

Artículo 2. *Ámbito.*

La presente ley será de aplicación, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón, a las Administraciones Públicas y a los sujetos privados cuando así se disponga, asegurando la coordinación y cooperación entre las distintas Administraciones Públicas en el ejercicio de sus respectivas competencias.

Artículo 3. *Principios rectores.*

1. Las Administraciones Públicas y los sujetos privados, en sus actuaciones de salud pública, estarán sujetos a los siguientes principios:

a) Principio de equidad. Las políticas y actuaciones en materia de salud pública velarán por la superación de las desigualdades sociales, económicas, culturales, territoriales y de género que, en clave sanitaria, puedan ser causa de discriminación o impidan la igualdad real y efectiva de las personas, prestando especial atención a las condiciones de salud de los colectivos más desfavorecidos. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población.

b) Principio de universalidad. Las actuaciones de salud pública deben beneficiar a toda la población, independientemente de la cobertura sanitaria o el nivel de aseguramiento que a cada uno le corresponda.

c) Principio de salud en todas las políticas. Las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables, disuadiendo, en su caso, de las que supongan riesgos para la salud y garantizando un alto nivel de protección de la salud.

Asimismo, las políticas públicas que incidan sobre la salud valorarán esta circunstancia conciliando sus objetivos con la protección y mejora de la salud.

d) Principio de pertinencia. Las actuaciones de salud pública atenderán a la magnitud de los problemas de salud que pretenden corregir, justificando su necesidad de acuerdo con los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad. La protección de la salud pública prevalecerá con respecto a los intereses económicos y de otra naturaleza que puedan verse afectados por las medidas adoptadas con dicho objetivo.

e) Principio de prevención. Las actuaciones públicas en materia de salud pública se inspirarán de forma prioritaria en los objetivos de detectar, anticiparse y evitar los posibles daños a la salud de la población, abordando especialmente los diversos determinantes de la misma.

f) Principio de precaución. La existencia de indicios fundados de una posible afectación grave en la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, determinará la cesación, prohibición o limitación de la actividad sobre la que concurran.

g) Principio de evaluación. Las actuaciones de salud pública deben evaluarse en su funcionamiento y resultados, con una periodicidad acorde al carácter de la acción implantada.

h) Principio de transparencia. Las actuaciones de salud pública deben ser transparentes. La información sobre las mismas deberá ser clara, sencilla y comprensible para el conjunto de la ciudadanía, dando cuenta de las razones que las impulsan y los objetivos perseguidos, sin merma de la debida protección de otros bienes jurídicos, como la intimidad de las personas o el secreto comercial e industrial.

i) Principio de integralidad. Las actuaciones de salud pública deberán organizarse y desarrollarse dentro de la concepción integral del sistema sanitario. Los poderes públicos asegurarán la actuación integrada de los servicios asistenciales y los de salud pública, así como la coordinación de los servicios asistenciales, en especial los de atención primaria, en las acciones de salud pública establecidas en la presente ley.

j) Principio de seguridad. Las actuaciones en materia de salud pública se llevarán a cabo previa constatación de su seguridad en términos de salud y se basarán en conocimientos científicos fiables, actuales, rigurosos y de calidad. Asimismo, en la valoración de los problemas de salud, se examinarán minuciosa e imparcialmente todos los elementos pertinentes. En situaciones de urgencia o de incertidumbre, el examen científico será tan exhaustivo como sea posible.

2. De acuerdo con tales principios, todas las políticas de las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de Aragón deberán contemplar en su diseño y ejecución las exigencias impuestas por el derecho a la protección de la salud.

Artículo 4. *Funciones esenciales de salud pública.*

Además de las actuaciones previstas en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, las funciones esenciales de salud pública en la Comunidad Autónoma de Aragón son las siguientes:

a) La vigilancia y evaluación de la salud y del bienestar de la población, especialmente, la evaluación del impacto sobre la salud de las actuaciones, públicas y privadas, susceptibles de comprometerla, así como de los servicios y programas sanitarios.
b) La identificación de los problemas de salud y de los riesgos para la salud en la comunidad.
c) La preparación y planificación para las emergencias de salud pública, así como el control de las diversas amenazas para la salud de la población, incluyendo las alertas y emergencias de salud pública.
d) La protección de la salud, contribuyendo al diseño, puesta en marcha y desarrollo de las distintas estrategias y políticas sanitarias y a la ordenación del sistema sanitario, ejerciendo el liderazgo estratégico en la salud poblacional y fomentando su protección y promoción en las políticas intersectoriales.
e) La prevención de la enfermedad, contribuyendo a la investigación para encontrar nuevas maneras de intervenir en los problemas de salud pública.
f) La promoción de la salud y el bienestar de la población, informando, educando, fomentando su participación y, en definitiva, fortaleciendo el grado de control de las personas y de la población sobre su propia salud.
g) La garantía de una salud pública, así como el diseño e implementación de programas e intervenciones de salud, gestionando su aplicación eficiente, efectiva y de calidad, y persiguiendo la reducción de las desigualdades en salud.
h) La garantía de un personal sanitario competente en materia de salud pública, contribuyendo a su formación para abordar los problemas de salud pública.
i) La gobernanza, financiación y evaluación de la calidad para mejorar la salud pública.
j) La realización de inspecciones y auditorías sanitarias.
k) La comunicación en salud pública.
l) La sanidad mortuoria.

CAPÍTULO II

Derechos y deberes en salud pública

Artículo 5. *Derecho a la información.*

1. La ciudadanía, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupe o que la representen, tiene derecho a ser informada, con las limitaciones previstas en la normativa vigente, en materia de salud pública por las Administraciones competentes. Este derecho comprende, en todo caso, los siguientes:

a) Recibir información sobre los derechos que les otorga esta ley, así como sobre las vías para ejercitar tales derechos.
b) Recibir información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a las mismas.
c) Recibir información sobre los condicionantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud de la población y, en particular, sobre los riesgos biológicos, químicos, físicos, medioambientales, climáticos o de otro carácter, relevantes para la salud de la población y sobre su impacto. Si el riesgo es inmediato, la información se proporcionará con carácter urgente.
d) Toda la información se facilitará desagregada, para su comprensión en función del colectivo afectado, y estará disponible en las condiciones y formato que permita su plena accesibilidad a las personas con discapacidad de cualquier tipo.

2. Asimismo, la ciudadanía tiene derecho a acceder a la información de salud pública de que disponen los poderes públicos. Sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación básica y de procedimiento administrativo común, el Gobierno de Aragón concretará reglamentariamente

los términos en que dicho derecho de acceso podrá ser ejercido con respecto a las Administraciones sanitarias aragonesas.

3. Quien ostente la titularidad del departamento responsable en materia de salud remitirá a las Cortes de Aragón, al menos una vez durante cada legislatura, un informe sobre los principales indicadores de la situación de la salud pública en Aragón y sobre los avances y retrocesos habidos en la materia.

4. Sin perjuicio de lo establecido en la normativa de protección de datos de carácter personal, el departamento competente en materia de salud pública facilitará la información que le sea requerida por las Cortes de Aragón en relación con aquellos supuestos que, por su gravedad, inminencia o magnitud, puedan suponer un riesgo relevante para la salud pública.

Artículo 6. *Derecho de participación.*

1. La ciudadanía, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupe o que la representen, tiene derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública, tanto en la detección y estudio de los problemas de salud pública como en la elaboración y diseño de las medidas, y en el control y evaluación de los resultados alcanzados. Las Administraciones Públicas competentes establecerán los cauces concretos que permitan hacer efectivo este derecho.

2. Sin perjuicio del deber de colaboración, la participación en las actuaciones de salud pública será voluntaria, salvo lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.

3. Las actuaciones en materia de salud pública buscarán el concurso y la implicación de los operadores económicos y de la ciudadanía en general con vistas a lograr una acción compartida desde la premisa del deber general de tutelar la salud pública que también recae sobre los mismos.

Artículo 7. *Derecho a la igualdad.*

1. Todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad, sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

2. En especial, queda prohibida toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones de salud pública, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como por la demás normativa existente en esta materia.

3. La enfermedad no podrá amparar diferencias de trato distintas de las que deriven del propio proceso de tratamiento de la misma, de las limitaciones objetivas que imponga para el ejercicio de determinadas actividades o de las exigidas por razones de salud pública.

4. Este derecho se concretará en una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de actuaciones y programas. Dicha cartera de servicios incluirá un calendario único de vacunación y una oferta única de cribados poblacionales.

Artículo 8. *Derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad.*

1. Todas las personas tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública.

2. La información personal que se emplee en las actuaciones de salud pública se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y 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.

Artículo 9. *Derecho a la educación para la salud.*

1. Las ciudadanas y los ciudadanos tienen derecho a recibir educación para la salud.

2. Para hacer efectivo este derecho, las Administraciones Públicas desarrollarán actuaciones tendentes a potenciar las capacidades personales de la ciudadanía que han de permitirles la toma de decisiones libres y conscientes sobre su salud personal y sobre la salud de la sociedad en la que se integran.

Artículo 10. *Deber de colaboración.*

Todas las personas facilitarán el desarrollo de las actuaciones de salud pública y se abstendrán de realizar conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución.

Artículo 11. *Deber de comunicación.*

1. Las personas que conozcan hechos, datos o circunstancias que pudieran constituir un riesgo o peligro grave para la salud de la población los pondrán en conocimiento de las autoridades sanitarias, que velarán por la protección debida a los datos de carácter personal.
2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entiende sin perjuicio de las obligaciones de comunicación e información que las leyes imponen a quienes ejercen profesiones sanitarias.

TÍTULO II

Competencias y organización administrativa de la Salud Pública

CAPÍTULO I

Las competencias de las distintas Administraciones Públicas en el ámbito de la salud pública

Artículo 12. *Salud pública y Sistema de Salud de Aragón.*

1. Corresponde a la Comunidad Autónoma de Aragón ejercer la organización y tutela de la salud pública dentro de su ámbito territorial, de conformidad con lo dispuesto en la legislación básica, así como en el marco de las exigencias derivadas de la normativa comunitaria que afecte a la salud pública.
2. Corresponde al departamento responsable en materia de salud la alta dirección, la planificación y la coordinación de las diversas actuaciones de salud pública desarrolladas por las Administraciones aragonesas, con el fin de asegurar las prestaciones de salud pública con carácter integral, a partir de las estructuras de salud pública de las Administraciones y de la infraestructura más idónea que se disponga para el desempeño de las políticas de salud pública. Le corresponde también impulsar la coordinación de las actuaciones desarrolladas por otros departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma con incidencia directa sobre la salud pública.

Artículo 13. *Competencias del Gobierno de Aragón.*

Además de las competencias establecidas en la Ley 6/2002, de 15 de abril, corresponde al Gobierno de Aragón:

a) Establecer las directrices generales de la política de salud pública en la Comunidad Autónoma tendentes a la superación de las desigualdades sociales, económicas, culturales, territoriales y de género que en clave sanitaria puedan ser causa de discriminación o impidan la igualdad real y efectiva de las personas.
b) Aprobar la cartera de servicios complementaria de la Comunidad Autónoma, incluyendo las prestaciones en materia de salud pública.
c) Aprobar las acciones coordinadas de ámbito supramunicipal en materia de salud pública previstas en la presente ley.
d) Ejercer las facultades de intervención y la potestad sancionadora, en los términos establecidos en la presente ley.

Artículo 14. *Competencias del departamento responsable en materia de salud.*

1. Corresponde al departamento responsable en materia de salud la dirección, planificación y coordinación de las actuaciones de salud pública en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón.

2. Además de las establecidas en la Ley 6/2002, de 15 de abril, corresponde a la Consejera o al Consejero responsable en materia de salud el ejercicio de las siguientes competencias:

a) Ejercer la función de superior autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma, de acuerdo con lo previsto en la presente ley y en el resto de la legislación sanitaria.

b) Proponer al Gobierno la aprobación de la cartera de servicios complementaria de la Comunidad Autónoma, incluyendo las prestaciones en materia de salud pública.

c) Proponer al Gobierno la declaración de las situaciones de necesidad de acción coordinada de ámbito supramunicipal.

d) Proponer al órgano competente en cada caso aquellos cambios, reestructuraciones y reordenación de plantillas que resulten necesarios en el área de salud pública.

e) Ejercer la potestad sancionadora en los términos establecidos en la presente ley.

f) Nombrar y cesar a los miembros del Consejo Asesor de Salud Pública.

3. Tendrán la consideración de autoridad sanitaria autonómica quien ostente la titularidad del departamento responsable en materia de salud pública y, en el marco de sus respectivas funciones, los titulares del órgano directivo competente en la materia y de los servicios provinciales de salud pública del departamento.

Artículo 15. *Comisión interdepartamental de salud pública.*

Al objeto de hacer efectivo el carácter transversal de la salud pública y de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana en todas las políticas y actuaciones que desarrolle la Comunidad Autónoma de Aragón, se crea la Comisión interdepartamental de salud pública, en la que estarán representados los diversos departamentos y organismos afectados y cuya composición y régimen de funcionamiento se regularán reglamentariamente. Corresponde la presidencia de la Comisión a quien ostente la titularidad del departamento responsable en materia de salud pública.

Artículo 16. *Competencias de los municipios.*

Corresponde a los municipios, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, la prestación de los servicios mínimos obligatorios establecidos en la legislación de régimen local, sin perjuicio de la posibilidad de que su prestación sea objeto de dispensa conforme a lo establecido en las normas.

Artículo 17. *Competencias de las comarcas.*

Las Comarcas aragonesas, además de las establecidas en la legislación de comarcalización de Aragón, ejercen las siguientes competencias en el ámbito de la salud pública:

a) La cooperación con los ayuntamientos en el ejercicio de sus competencias sobre salud pública.

b) El ejercicio de competencias municipales sobre salud pública en los supuestos en que hayan sido delegadas a favor de la comarca por los ayuntamientos correspondientes.

c) La iniciativa para la declaración de acciones coordinadas sobre salud pública de ámbito supramunicipal.

d) Las actuaciones de promoción de la salud de la población y educación sanitaria de ámbito comarcal.

Artículo 18. *Colaboración entre Administraciones para el ejercicio de las competencias sobre salud pública.*

1. En aquellos casos en que los municipios no dispongan de medios y capacidad de gestión para ejercer las competencias que les corresponden en el ámbito de la salud pública,

podrán delegarlas en la comarca de conformidad con lo establecido en la legislación de régimen local.

2. Para el eficaz cumplimiento de sus responsabilidades en materia de salud pública, y especialmente en situaciones de riesgo grave o inminente, las entidades locales podrán recabar el asesoramiento y la asistencia de la dirección general responsable en materia de salud pública, la cual pondrá a disposición de las mismas los medios personales y materiales de que disponga y que resulten necesarios. Los informes y recomendaciones verbales o escritos emitidos por la dirección general en materia de salud pública, en el ejercicio de dicha función de asesoramiento y asistencia, no tendrán carácter vinculante para las entidades locales solicitantes de la asistencia.

3. La Comunidad Autónoma de Aragón podrá delegar en municipios, comarcas y diputaciones provinciales el ejercicio de sus competencias en materia de salud pública, de conformidad con lo establecido en la legislación de régimen local.

4. La delegación de competencias municipales a la dirección general responsable en materia de salud pública procederá cuando el municipio no cuente con medios técnicos o económicos suficientes para gestionar sus competencias. Se realizará mediante la celebración de un convenio en el que se delimitarán las competencias que se deleguen en la dirección general competente en materia de salud pública y los compromisos mutuos de información en relación con la materia.

Artículo 19. *Formas de coordinación y tutela.*

1. El Gobierno de Aragón, a través del departamento responsable en materia de salud, coordinará las políticas y actuaciones locales en el ámbito de la salud pública, al objeto de garantizar la coherencia de la acción pública sobre la materia en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón y la superación de las desigualdades sociales, económicas, culturales, territoriales y de género que, en clave sanitaria, puedan ser causa de discriminación o impidan la igualdad real y efectiva de las personas.

2. El Gobierno de Aragón podrá establecer directrices y prioridades de obligado cumplimiento para las entidades locales en el ejercicio de sus competencias, determinando niveles o estándares mínimos en materia de salud pública que deban satisfacerse en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

3. En caso de incumplimiento o defectuoso cumplimiento por las entidades locales de sus responsabilidades en materia de salud pública, el Gobierno de Aragón podrá proceder, previo requerimiento y en caso de persistencia del incumplimiento, a la ejecución subsidiaria de tales competencias, de acuerdo con lo previsto en la legislación de régimen local.

Artículo 20. *Acciones coordinadas de ámbito supramunicipal.*

1. En aquellas situaciones en que se planteen problemas específicos de salud pública con incidencia sobre dos o más municipios y que convenga abordar de forma conjunta, el Gobierno de Aragón, a propuesta de la Consejera o del Consejero responsable en materia de salud pública, podrá declarar la situación de necesidad de acción coordinada en un ámbito supramunicipal. Dicha propuesta podrá elevarse a iniciativa de cualquiera de los municipios o comarcas interesados.

2. La situación de necesidad de acción coordinada en un ámbito supramunicipal será declarada mediante decreto del Gobierno de Aragón, en el que se determinará el ámbito territorial de la acción, las medidas de protección a ejecutar y las entidades encargadas de su ejecución, así como la duración prevista de la acción. La declaración exigirá, salvo situaciones de urgencia que requieran una respuesta inmediata, la audiencia previa de los municipios afectados y de la comarca o comarcas afectadas.

3. No será necesaria la declaración de situación como de acción coordinada cuando la situación pueda abordarse a través de un plan de acción comarcal acordado por la comarca de forma consensuada con los municipios afectados o, en su caso, mediante la actuación conjunta y cooperativa de tales municipios.

Artículo 21. *Organización de los servicios de salud pública.*

1. Los servicios de salud pública se estructuran en tres niveles básicos: los servicios centrales, los servicios provinciales y las áreas de salud pública.

2. Los servicios centrales constituyen el nivel técnico superior y planificador y comprenden las áreas funcionales de salud alimentaria, salud ambiental, vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, salud laboral, prevención de adicciones, información e investigación en salud pública, farmacovigilancia, laboratorio de salud pública y las demás que se determinen reglamentariamente.

3. Los servicios provinciales se establecen en su respectivo ámbito territorial con arreglo a la normativa de organización de la Administración periférica de la Comunidad Autónoma de Aragón.

4. Las áreas de salud pública constituyen la circunscripción administrativa que agrupa el conjunto de centros y profesionales de salud pública bajo su dependencia organizativa, siendo el nivel de referencia para la provisión de los servicios de salud pública. Las áreas se subdividirán, para la prestación preferente de los diferentes servicios, en zonas básicas de salud pública, siendo estas la estructura básica que sirve de referencia para la actuación en el territorio de los distintos profesionales de salud pública asignados a ellas.

Artículo 22. *Órgano de participación y consulta.*

1. La participación y consulta en materia de salud pública, tanto institucional como social, con presencia de organizaciones ciudadanas, sindicales y profesionales, entre otras, se hará efectiva, conforme al principio de participación democrática de todos los interesados, a través del Consejo de Salud de Aragón, configurado como órgano de participación ciudadana en la formulación de política sanitaria y en el control de su ejecución, asesorando e informando al departamento responsable de salud.

2. En el seno del Consejo de Salud de Aragón existirá una comisión de carácter permanente dedicada a las cuestiones de salud pública, constituida de acuerdo con las normas que regulan el funcionamiento de dicho Consejo.

CAPÍTULO II

La salud pública en el Sistema de Salud de Aragón

Artículo 23. *Pautas generales.*

1. El Sistema de Salud de Aragón ofrecerá un conjunto de servicios de carácter integral que incluirá prestaciones en materia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en los diferentes niveles asistenciales. Estas prestaciones se realizarán a través de las estructuras de salud pública y de las de atención primaria y especializada, bajo la coordinación de las primeras.

2. Las políticas de salud orientarán las intervenciones de los diferentes niveles asistenciales de manera que todos ellos incorporen la visión poblacional de la salud del conjunto de las personas a las que se dirigen. Esta visión de la salud se incorporará a través de la cartera de servicios y mediante programas e intervenciones específicos. El desarrollo de tales actividades corresponderá a todos los profesionales, de acuerdo con sus respectivas funciones y competencias.

3. Los mecanismos de colaboración entre los órganos directivos del departamento responsable en materia de salud pública y el Servicio Aragonés de Salud, y los instrumentos de gestión que en su caso se establezcan, incorporarán un apartado específico de intervenciones de salud pública que será evaluado periódicamente y que será coherente con las necesidades de la población a la vista de su estado de salud y sus determinantes.

Artículo 24. *Deberes de los servicios asistenciales.*

Con carácter general, corresponden a los servicios asistenciales las siguientes obligaciones respecto a la salud pública:

a) Proporcionar información a los servicios de salud pública sobre aquellos eventos relacionados con la enfermedad y la salud, individual y colectiva, cuyo conocimiento sea importante para la valoración del estado de salud de la población o para la intervención en prevención y promoción, tanto general como específica o selectiva en un grupo de población.

b) Investigar los contactos o las fuentes de las enfermedades en situaciones de riesgo para la salud pública, bien directamente o en colaboración con los servicios de epidemiología, de manera que se proporcione información relevante a efectos de reducir o eliminar el riesgo.

c) Llevar a cabo, a requerimiento de los servicios de salud pública o por criterio clínico, las pruebas o valoraciones diagnósticas que resulten necesarias para la valoración e intervención en la comunidad con medidas de protección de la salud y prevención de la enfermedad, aunque no resulten necesarias para el tratamiento de los pacientes atendidos. En todo caso, tales pruebas diagnósticas requerirán el conocimiento y la aprobación previa del paciente.

d) Desarrollar e implementar los programas de prevención primaria, secundaria y terciaria o cualquier otro que, con ámbito poblacional o dirigido a grupos específicos de población, se establezcan en la Comunidad Autónoma.

e) Desarrollar intervenciones sobre los determinantes de la salud de la población mediante medidas de promoción de la salud en colaboración con otras Administraciones públicas o con agentes o colectivos sociales, especialmente de ámbito local.

f) Dirigir los servicios y desarrollar su actividad en coherencia con el objetivo de reducir las desigualdades y mejorar la salud de la población, insistiendo en los colectivos más vulnerables a la enfermedad.

g) Valorar los determinantes sociales y los hábitos de pacientes y usuarios como elementos fundamentales en el proceso diagnóstico y reparador, de acuerdo con las guías y buenas prácticas establecidas.

Artículo 25. *Deberes de los servicios de salud pública.*

Corresponden a los servicios de salud pública las siguientes obligaciones respecto a los servicios asistenciales:

a) Proporcionar información a los servicios asistenciales sobre el estado de salud de su población adscrita y de otras referencias territoriales que permitan comparación y valoración. Serán territorios o poblaciones de intervención preferente aquellos en relación con los cuales las situaciones e indicadores de salud muestren valores manifiestamente desfavorables.

b) Proponer, establecer, favorecer y evaluar programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, integrándolos en la cartera de servicios. Estas intervenciones se propondrán de acuerdo con la evidencia científica disponible y con criterios de calidad, sostenibilidad y eficiencia.

c) Establecer medidas sobre las poblaciones o los individuos dirigidas a preservar la salud de la población en general, de colectivos vulnerables o de determinados grupos de población.

d) Facilitar y potenciar las relaciones con el entorno social y las instituciones que están situadas en el ámbito territorial de los diferentes equipos asistenciales.

e) Proponer políticas e intervenciones sanitarias que resulten eficientes, respetuosas con el entorno natural y social y acordes con las necesidades reales de las poblaciones y de los territorios, así como promover el uso racional de los productos y servicios sanitarios.

Artículo 26. *Coordinación de los servicios de salud pública con los asistenciales.*

1. Con el fin de facilitar la coordinación, la generación de información, la eficiencia de las intervenciones y la eficacia en la acción administrativa, se trabajará territorialmente usando como referencia el mapa sanitario de la Comunidad. Cada equipo de salud pública se coordinará con los equipos de atención primaria comprendidos en la correspondiente zona básica de salud pública.

2. Los equipos de atención primaria designarán entre sus miembros, ya sean de medicina o de enfermería, al menos un profesional que asumirá la referencia técnica de coordinación con el área de salud pública, incorporando a sus tareas asistenciales la

comunicación y coordinación que en materia de prevención, promoción y sistemas de información se establezcan desde la dirección general responsable en materia de salud pública.

3. El departamento responsable en materia de salud establecerá los mecanismos de coordinación y evaluación pertinentes para garantizar los objetivos de salud pública, así como para revisar y hacer el seguimiento de los programas propuestos en los mecanismos de colaboración con los organismos públicos adscritos.

Artículo 27. *Formación en salud pública.*

1. Las unidades docentes de las diferentes especialidades sanitarias ubicadas en centros de la Comunidad Autónoma incorporarán formación en materia de salud pública a través de sus programas y estancias.

2. Cada profesional de atención primaria, en sus procesos de formación y capacitación, realizará acciones formativas en materia de salud pública. Se fijarán reglamentariamente los criterios cuantitativos y cualitativos mínimos para esta formación.

Artículo 28. *Comunicación en materia de salud pública.*

1. Las Administraciones Públicas que desarrollen actuaciones en materia de salud en la Comunidad Autónoma de Aragón velarán para que sus acciones de información y de publicidad respeten criterios de transparencia, exactitud y veracidad, y sean comunicadas de manera comprensible para los sectores de la población a los que van dirigidas, evitando cualquier sesgo que pueda causar perjuicio a la salud o seguridad de las personas o a las legítimas expectativas de una información correcta y precisa en materia de salud pública.

2. Los poderes públicos aragoneses, en el ámbito de sus competencias, velarán y ejercerán las acciones necesarias para que la publicidad y propaganda comerciales 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 salud. Se atenderá especialmente a la publicidad y propaganda comercial de aquellos productos, bienes, actividades y servicios susceptibles de generar riesgos para la salud o seguridad de las personas y, singularmente, la de los colectivos más vulnerables, tales como la infancia, la juventud o las personas mayores.

CAPÍTULO III

El Laboratorio de salud pública

Artículo 29. *El Laboratorio de salud pública de Aragón.*

1. El Laboratorio de salud pública de Aragón, acreditado de conformidad con la normativa vigente, realizará las 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.

2. Cuando las circunstancias lo justifiquen, cabrá recurrir a otros laboratorios en otros campos analíticos de titularidad pública o privada para cubrir las necesidades de análisis en salud pública.

Artículo 30. *Funciones del Laboratorio de salud pública.*

Son funciones del Laboratorio de salud pública las siguientes:

a) Proporcionar resultados analíticos fiables para la evaluación y vigilancia de la salud ambiental y alimentaria, sin perjuicio de las funciones en materia ambiental y de seguridad alimentaria que puedan corresponder a laboratorios de otros departamentos o Administraciones.

b) Proporcionar resultados de determinaciones microbiológicas en personas para nutrir el sistema de información microbiológica de Aragón.

c) Proporcionar otros resultados analíticos para caracterizar problemas de salud de la población.

d) Proporcionar el soporte adecuado para la intervención ante alertas y emergencias de salud pública.

e) Prestar soporte analítico a la investigación en salud pública.

f) Participar en la formación e investigación de tecnologías analíticas en salud pública.

g) Establecer programas para el aseguramiento de la calidad de los ensayos.

h) Dar soporte y asesoramiento a los programas de control y vigilancia en salud pública.

i) Ofrecer apoyo y asesoramiento en la elaboración de reglamentaciones técnicas en materia de salud pública.

j) Establecer los programas de formación continuada y de actualización de conocimientos que reglamentariamente se establezcan.

k) Todas aquellas que normativamente se determinen.

CAPÍTULO IV

Profesionales de la salud pública del Sistema de Salud de Aragón

Artículo 31. *Profesionales de salud pública.*

1. A los efectos de la presente ley, tendrán la consideración de profesionales de salud pública del Sistema de Salud de Aragón todos aquellos que desarrollen funciones de salud pública, de acuerdo con lo establecido en el artículo 4, en cualquiera de las Administraciones Públicas aragonesas con competencias sanitarias.

2. El carácter multidisciplinar de la salud pública exige la inclusión de los diferentes perfiles profesionales de salud pública para abordar las necesidades de salud de la población.

3. El Gobierno de Aragón, en el ámbito de sus competencias, y de acuerdo con las características propias de las y los profesionales de la salud pública aprobará las normas relativas a la selección y provisión de puestos de trabajo.

4. La carrera profesional de las y los profesionales de salud pública será definida por la Ley de la Función Pública de Aragón, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 48.4 de la Ley General de Salud Pública, así como los criterios generales establecidos en la normativa en vigor de ordenación de las profesiones sanitarias, sin olvidar la necesidad de establecer fórmulas que complementen y aumenten la motivación de los profesionales de acuerdo a unos criterios previamente establecidos.

Artículo 32. *Competencias profesionales.*

1. La concepción integral de la salud pública supone la realización de las funciones que les son propias desde el enfoque multidisciplinar, para lo cual es necesaria la cooperación y trabajo en equipo de los distintos profesionales de salud pública, atendiendo a su capacitación y especialización, de acuerdo con la normativa básica sobre ordenación de las profesiones sanitarias.

2. Las y los profesionales de salud pública, de acuerdo con su especialización profesional, ejercerán todas o algunas de las competencias profesionales que permitan desarrollar las funciones de salud pública enunciadas en el artículo 4.

3. A tal efecto, se consideran competencias básicas profesionales de salud pública, además de las que se les puedan encomendar por la autoridad sanitaria competente, las siguientes:

a) Definir y analizar los problemas de salud pública, utilizando los métodos, datos y variables apropiados, evaluando los resultados y utilizando la información obtenida en el contexto pertinente.

b) Planificar, formular e implementar políticas y programas de salud, gestionando sus recursos, organización y evaluación.

c) Definir, valorar y comprender el estado de salud de las poblaciones y sus factores determinantes, aplicando las ciencias básicas de la salud pública.

d) Utilizar herramientas adecuadas a la resolución de los problemas, incluyendo las de vigilancia, las fuentes de información, la investigación social, las encuestas y otras.

e) Efectuar la intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de transmisión de enfermedades.

f) Producir y comunicar de manera eficaz la información relevante para la salud pública, y participar en los programas de educación sanitaria pertinentes.

g) Realizar todas aquellas actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las personas en el ámbito de la salud pública.

h) Realizar inspecciones y auditorías sanitarias.

i) Realizar actuaciones en seguridad alimentaria, ejerciendo el control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de las materias primas de origen animal, vegetal y de los productos alimenticios a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el consumidor.

j) Realizar actuaciones en sanidad ambiental mediante la atención a los determinantes ambientales de la salud y la adopción de medidas de control y promoción de mejora de estos.

k) Realizar actuaciones en salud laboral, sin perjuicio de las funciones atribuidas a la autoridad laboral competente.

l) Realizar e interpretar la analítica de todas aquellas determinaciones microbiológicas, físico-químicas e instrumentales de interés en salud pública.

m) Identificar los factores sociales y culturales de la salud e interactuar de manera apropiada y eficaz con profesionales y personas.

n) Gestionar programas incluyendo sus recursos, organización y evaluación.

ñ) Todas aquellas que se consideren necesarias para la coordinación y colaboración con los servicios sanitarios asistenciales, a fin de conseguir una atención integral de la salud.

o) Todas aquellas que normativamente se determinen.

4. Las y los profesionales de salud pública tendrán como competencias profesionales específicas las que determina la normativa básica sobre ordenación de las profesiones sanitarias.

Artículo 33. *Formación y capacitación profesional.*

1. La dirección general responsable en materia de salud pública facilitará y será responsable de la formación y el desarrollo de la competencia técnica de las y los profesionales de salud pública del Sistema de Salud de Aragón, mediante un plan de desarrollo profesional continuado, con enfoques orientados hacia la capacitación profesional, de acuerdo con los criterios generales establecidos en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para ello, elaborará y desarrollará un programa de formación continuada, con objetivos, contenidos y evaluación claramente establecidos.

Dicha formación estará relacionada con el puesto de trabajo o las funciones que desempeña cada profesional.

2. Para optimizar los recursos existentes, colaborará con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, respetando las competencias en esta materia que tiene atribuidas y con otros organismos con capacidad formativa.

TÍTULO III

Los medios de actuación en materia de salud pública

CAPÍTULO I

Prestaciones de salud pública

Artículo 34. *Prestaciones de salud pública dentro de la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma.*

1. La cartera de servicios deberá incluir el conjunto de actividades, técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones de salud pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

2. Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema de Salud de Aragón serán como mínimo las establecidas en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

3. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema de Salud de Aragón, además de las establecidas en el apartado anterior, requerirá la aprobación del Gobierno de Aragón, previo informe del departamento responsable en materia de salud, donde se presente la evaluación de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de dichas prestaciones, así como la previsión de la financiación adicional precisa.

Artículo 35. *Prestaciones de la cartera de servicios en materia de salud pública.*

Las prestaciones que se hagan efectivas mediante la cartera de servicios en materia de salud pública responderán a las siguientes líneas estratégicas de actuación:

a) Promoción y educación para la salud.
b) Prevención de la enfermedad.
c) Seguridad alimentaria.
d) Salud laboral.
e) Sanidad ambiental.
f) Información en salud pública.
g) Vigilancia en salud pública.
h) Farmacovigilancia.
i) Laboratorios de salud pública.
j) Prevención de las adicciones.
k) Formación e investigación en salud pública.
l) Salud escolar.

CAPÍTULO II

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Sección 1.ª La promoción de la salud

Artículo 36. *La promoción de la salud.*

1. La promoción de la salud incluirá las acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de las personas, así como a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva.

2. Las actuaciones de promoción de salud se desarrollarán en todos los ámbitos y etapas de la vida de las personas y, especialmente, en los ámbitos educativo, sanitario, laboral, comunitario y en instituciones cerradas, como hospitales o residencias, así como en el entorno audiovisual.

3. El departamento responsable en materia de salud pública promoverá acuerdos de colaboración con organizaciones públicas, entidades privadas, operadores económicos, organizaciones no gubernamentales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles de promoción de la salud. Dichos acuerdos podrán tener carácter temporal o permanente a través de una estructura estable.

Artículo 37. *Políticas públicas saludables.*

Con el fin de promover la salud, permitiendo a las personas y a los grupos sociales aumentar el control sobre los determinantes de su salud, las Administraciones Públicas aragonesas impulsarán políticas públicas saludables en las siguientes áreas:

a) Creación de entornos sanos, seguros y sostenibles.
b) Fortalecimiento de la acción comunitaria y del tejido social.
c) Fomento de la educación para la salud.
d) Integración de la educación y promoción de la salud en los servicios públicos sanitarios, educativos y sociales.

Artículo 38. *Entornos sanos, seguros y sostenibles.*

1. Las Administraciones Públicas aragonesas velarán por que los entornos donde las personas viven ofrezcan una protección eficaz frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles desarrollar sus capacidades y aumentar su autonomía en la gestión de su propia salud.

2. Las actuaciones de promoción de la salud se desarrollarán preferentemente en los lugares en los que las personas y grupos sociales viven, conviven o trabajan. Se incidirá especialmente en el ámbito escolar, laboral, comunitario, sanitario, así como en el entorno audiovisual.

Artículo 39. *Educación para la salud.*

1. La educación para la salud en el medio escolar constituye una intervención sanitaria fundamental encaminada a promover actitudes y hábitos positivos para la salud de la comunidad.

2. Se desarrollarán actuaciones de educación y promoción de la salud, especialmente en los centros de educación infantil, educación primaria, educación secundaria y otros centros educativos, incluidas las universidades y centros de educación superior, con la finalidad de que dichos centros integren en su proyecto educativo la promoción de la salud y faciliten la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud.

3. La dirección general responsable en materia de salud pública, juntamente con los órganos correspondientes del departamento responsable en materia de educación, elaborará el Plan de promoción de la salud escolar, en el que se incluirán las líneas y los programas básicos a desarrollar en el ámbito educativo. Una vez elaborado, el Plan de promoción de la salud escolar será sometido a la aprobación del Gobierno de Aragón, previo informe de la Comisión interdepartamental de salud pública.

4. El Plan de promoción de la salud escolar incluirá los mecanismos de cooperación entre los departamentos competentes en materia de salud y educación, la integración de la salud en la actividad docente del profesorado, las acciones de formación y asesoramiento, y los modos de organización escolar para la promoción de la salud.

5. Las madres, padres, quienes sean tutores o responsables del alumnado podrán colaborar en los programas oficiales de promoción de la salud en la comunidad escolar facilitando las informaciones que les sean requeridas y posibilitando la participación en las actividades de los programas.

6. Las actuaciones sanitarias que se realicen en una comunidad escolar, a excepción de las de carácter estrictamente terapéutico o individual, deberán contar con la autorización de la dirección general responsable en materia de salud pública.

7. Se desarrollarán programas de educación para la salud en el ámbito sanitario, integrados en la cartera de servicios de atención primaria y orientados, fundamentalmente, a la educación para la salud en la infancia, en la edad adulta y en patologías crónicas.

Asimismo, la educación para la salud habrá de implementarse en el ámbito comunitario para promover estilos de vida y entornos saludables, con especial atención a los grupos sociales vulnerables, todo ello con la finalidad de alcanzar niveles óptimos de salud individual y colectiva.

Artículo 40. *Promoción de la salud en el ámbito laboral.*

De manera coordinada con la actuación desarrollada por otras Administraciones Públicas con competencias en materia de seguridad y salud laborales, la dirección general responsable en materia de salud pública podrá llevar a cabo acciones destinadas a mejorar la calidad de los servicios de prevención, a actualizar los protocolos de vigilancia de la salud de quienes trabajan en los diferentes sectores productivos, a impulsar la supervisión de las condiciones de trabajo de los grupos más vulnerables, a perfeccionar los sistemas de información y a formar a cada profesional sanitario en materia de salud laboral, en los términos establecidos en el artículo 31 de la Ley 6/2002, de 15 de abril.

Artículo 41. *La promoción de la salud en el ámbito comunitario.*

1. Para un mejor cumplimiento de las competencias municipales y comarcales de promoción de la salud en el ámbito comunitario, la dirección general responsable en materia de salud pública facilitará asesoramiento, apoyo técnico y formación a las y los responsables municipales y comarcales para la implementación de iniciativas de promoción de salud que aborden los determinantes de salud específicos que influyen en los escenarios de vida de los diferentes grupos de población, con el objetivo de disminuir las desigualdades en salud.

2. Las Administraciones Públicas aragonesas promoverán la participación y el concurso en las actuaciones de promoción de la salud con los recursos comunitarios y con la sociedad civil.

Artículo 42. *La promoción de la salud en el ámbito sanitario.*

La dirección general responsable en materia de salud pública, de acuerdo con lo dispuesto en el capítulo II del título II, establecerá los criterios y normas de calidad de los programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito sanitario, y fijará las competencias y los niveles de formación adecuados para que quienes sean profesionales sanitarios ofrezcan una intervención de calidad en la prevención y promoción de la salud.

Artículo 43. *La promoción de la salud en el ámbito audiovisual.*

1. Las Administraciones Públicas promoverán criterios de buena práctica empresarial en relación con el impacto sobre la salud de los mensajes lanzados a través de los medios audiovisuales, electrónicos y telemáticos.

2. Asimismo, las Administraciones Públicas promoverán la salud ligada al consumo de los medios audiovisuales mediante iniciativas dirigidas a las familias, al profesorado, a quienes ejerzan profesiones sanitarias y a los agentes sociales.

3. Las Administraciones Públicas vigilarán la difusión pública de informaciones y prácticas que puedan tener efectos negativos sobre la salud y activarán, en su caso, los medios a su alcance para que cesen las mismas.

Artículo 44. *Acción comunitaria y trabajo en red.*

1. Las actuaciones de promoción de salud fomentarán el trabajo en red con los grupos y agentes sociales del territorio facilitándoles el acceso a los recursos de formación, información y documentación más actualizados.

2. Los grupos y agentes sociales implicados en las actuaciones de promoción de la salud tienen el derecho de participar en todas las fases del proceso, desde el diseño hasta la evaluación de la iniciativa.

3. Corresponde a la dirección general responsable en materia de salud pública la formalización y la acreditación de las redes de promoción de la salud que se desarrollen en Aragón.

Artículo 45. *Emisión de comunicados y recomendaciones.*

1. Sin perjuicio de adoptar otro tipo de medidas, las Administraciones Públicas sanitarias podrán emitir comunicados y recomendaciones sobre temas de salud pública a través de sus respectivas sedes electrónicas y los medios de comunicación social.

2. Cuando los comunicados o recomendaciones afecten a riesgos inciertos o se produzcan en el contexto de una alerta o crisis sanitarias, las Administraciones Públicas sanitarias velarán para coordinar el mensaje a través de la dirección general responsable en materia de salud pública y para identificar fielmente y con precisión el escenario de riesgo para no amplificar su impacto en los sectores económicos y sociales afectados.

Sección 2.ª La prevención de la enfermedad

Artículo 46. *Prevención de la enfermedad.*

1. Las Administraciones Públicas sanitarias tendrán como objetivo fundamental la prevención de las enfermedades, lesiones y discapacidades en la población, que incluirá

tanto las medidas destinadas a prevenir su aparición como las destinadas a detener su avance y atenuar o eliminar sus consecuencias negativas.

2. Con este propósito, las Administraciones Públicas sanitarias velarán por reducir los factores de riesgo, efectuarán las acciones de vacunación oportunas e impulsarán programas de detección precoz, siempre de conformidad con el principio de rigor científico y con base en el mejor conocimiento científico disponible.

3. Las organizaciones sociales podrán participar en el desarrollo de actividades de prevención de problemas de salud. El departamento responsable en materia de salud pública fomentará la participación activa en los programas de prevención de los problemas de salud de la ciudadanía, bien directamente o mediante las organizaciones en que se agrupe o que la representen.

Artículo 47. *Acciones de vacunación y programas de detección precoz.*

1. Teniendo en cuenta el mejor conocimiento científico disponible en cada momento, y de conformidad con las pautas comunes acordadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, se aprobará un calendario de vacunaciones mediante orden del departamento responsable en materia de salud. En dicho calendario se fijarán las actuaciones de vacunación sistemática a desarrollar en la Comunidad Autónoma de Aragón.

2. Las vacunas incluidas en el calendario de vacunaciones tendrán carácter universal y gratuito, independientemente de la cobertura sanitaria o nivel de aseguramiento que corresponda.

Las personas adultas también podrán ser vacunadas independientemente de su nivel de cobertura sanitaria, cuando la dirección general responsable en materia de salud pública entienda que es aconsejable para disminuir la transmisibilidad de enfermedades de especial relevancia o que sean objeto de programas de erradicación.

3. Las Administraciones Públicas sanitarias podrán realizar programas de detección precoz, a través de pruebas o exámenes, dirigidos a toda la población o a sectores o grupos concretos. El desarrollo de estos programas deberá contar con una evaluación favorable de impacto sanitario y será objeto de seguimiento y posterior evaluación.

4. La dirección general responsable en materia de salud pública establecerá las actividades sanitarias a desarrollar para la prevención y control de las enfermedades transmisibles en los centros escolares, que se centrarán en los siguientes aspectos:

a) Identificación de las fuentes de infección.

b) Control de los mecanismos de transmisión.

c) Ejecución de las medidas sanitarias que se consideren necesarias para la consecución de los dos puntos anteriores.

CAPÍTULO III

La Salud Laboral

Artículo 48. *La salud laboral.*

1. La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de las personas en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de este en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.

2. Las actuaciones en materia de salud laboral se coordinarán con las autoridades laborales y con empresarios y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas.

3. La autoridad sanitaria, en coordinación con la autoridad laboral, llevará a cabo al menos las siguientes actuaciones:

a) Integrar un sistema de información de salud laboral en el sistema de información de salud pública.

b) Fomentar la vigilancia de la salud en las y los trabajadores.

c) Colaborar en la actuación de los servicios de prevención de riesgos laborales.

d) Establecer mecanismos de coordinación en caso de pandemias sanitarias.

e) Cualesquiera otras que promuevan la vigilancia y protección de la salud de las personas en su ámbito laboral.

CAPÍTULO IV

La protección de la salud

Artículo 49. *Las actuaciones de protección de la salud.*

1. La protección de la salud es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos, puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población.

2. Las Administraciones Públicas sanitarias, para asegurar la protección de la salud, impulsarán acciones dirigidas a proteger la seguridad alimentaria, la salud ambiental y la preservación de un entorno de vida saludable que afecte a los espacios públicos donde se desenvuelve la vida humana.

Artículo 50. *De la seguridad alimentaria.*

1. Reglamentariamente, se establecerán los instrumentos, medios y procedimientos adecuados para el cumplimiento de los fines específicos, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, de la normativa existente en materia de seguridad alimentaria.

2. Se establece un Plan autonómico de control oficial de la cadena alimentaria, con carácter plurianual, que comprenda los objetivos y las actividades de control oficial correspondientes a toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el consumidor, teniendo en cuenta las directrices señaladas por la Unión Europea y la coordinación con otras autoridades con competencia sobre la cadena alimentaria, especialmente con el departamento responsable en materia de agricultura y ganadería, sin excluirse aquellos aspectos que tanto en la producción primaria como en las fases posteriores pudieran corresponder a otros departamentos.

Artículo 51. *De la sanidad ambiental.*

1. La sanidad ambiental está constituida por el conjunto de habilidades y técnicas que las Administraciones Públicas, entidades, organismos y empresas ponen al servicio de la población para garantizar la disminución o eliminación de los efectos perjudiciales que para la salud puedan causar los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico a los que pueda hallarse expuesta.

2. Se desarrollará un Plan marco de salud ambiental en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, como instrumento de planificación y coordinación.

Artículo 52. *La evaluación de impacto en la salud.*

1. En cumplimiento de las directrices de la Unión Europea en relación con su estrategia de salud pública en todas las políticas, reglamentariamente, se regulará el informe preceptivo y vinculante de evaluación del impacto en la salud pública en los casos en que determine, respecto a normas, planes, programas y proyectos, tanto de organismos públicos como de entidades privadas.

2. El informe se evacuará, en caso de normas y planes de las Administraciones, por la dirección general responsable en materia de salud pública, debiendo prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud con el objetivo de la mejora de las actuaciones.

3. De igual forma, reglamentariamente, se regulará el informe de evaluación de impacto en la salud pública en los procedimientos de autorización para la puesta en funcionamiento de la actividad. Para ello, la memoria de actividad de proyectos públicos o de entidades privadas deberá contemplar, en los casos que reglamentariamente se prevea, el informe de impacto en salud pública.

CAPÍTULO V

La información, investigación y vigilancia en salud pública

Artículo 53. *Sistema de información en salud pública de Aragón.*

1. Se crea el sistema de información en salud pública como sistema organizado de información relevante para la tutela de la salud pública y la toma de decisiones en dicha materia.

2. El sistema de información en salud pública será gestionado por la dirección general responsable en materia de salud pública y tendrá los siguientes objetivos:

a) Valorar la situación y las necesidades de salud de la población mediante la identificación de los problemas y riesgos de salud pública, el análisis de los determinantes y de sus efectos.

b) Constituir un mecanismo eficaz de detección, alerta precoz y de facilitación de una respuesta rápida frente a los riesgos para la salud.

c) Aportar la información necesaria para facilitar la gestión, la evaluación y la investigación sanitarias.

d) Proporcionar a las autoridades sanitarias información de calidad con vistas a facilitar tanto el ejercicio de sus responsabilidades de planificación como la toma rápida de decisiones en situaciones de alerta.

e) Proporcionar a las autoridades sanitarias información de calidad con vistas a su difusión pública en coherencia con el principio general de transparencia.

f) Realizar un análisis epidemiológico continuo del estado de salud de la población, detectando los cambios que puedan producirse en la tendencia y en la distribución de los problemas de salud.

g) Servir como base para la realización de estadísticas de interés para la salud pública.

h) Desarrollar y utilizar mecanismos de análisis, asesoramiento, notificación, información, evaluación y consulta sobre cuestiones relacionadas con la salud pública.

i) Desarrollar y mantener redes telemáticas de información sobre salud pública.

j) Establecer mecanismos para informar y consultar a las organizaciones de pacientes, a las y los profesionales sanitarios, a las organizaciones no gubernamentales implicadas y a los demás agentes interesados en las cuestiones relacionadas con la salud comunitaria.

k) Hacer o proponer estudios epidemiológicos específicos para conocer mejor la situación de salud de la población, así como otros estudios en salud pública.

l) Llevar a cabo aquellas otras tareas que correspondan en función de su competencia.

3. El sistema de información en salud pública obtendrá la información de las historias clínicas, de los deberes de notificación impuestos a tal efecto a centros profesionales públicos y privados, de otros sistemas de información sanitaria, así como de la comunicación de datos en poder de otras Administraciones o de entidades privadas que resulten necesarios para la adecuada tutela de la salud pública.

4. Para garantizar la seguridad de la información, en todos los niveles del sistema de información de salud pública se adoptarán las medidas de seguridad aplicables al tratamiento de los datos de carácter personal y a los ficheros y tratamientos automatizados, de acuerdo con lo establecido por la normativa de la protección de datos de carácter personal y, si procede, la normativa reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínicas. Las personas que tienen acceso a los mismos, en virtud de sus competencias, deben guardar el secreto profesional.

Artículo 54. *Investigación en salud pública.*

1. El órgano competente en materia de salud pública promoverá las estrategias encaminadas a incrementar el conocimiento y la búsqueda de nuevas soluciones para el apoyo de toma de decisiones en materia de salud pública.

2. Se desarrollarán normativamente las funciones de investigación en salud pública, sin perjuicio de las competencias establecidas en la normativa estatal, así como las del

departamento o departamentos responsables en materia de universidades y de investigación.

Artículo 55. *La vigilancia en salud pública.*

1. La vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública.

2. Sin perjuicio de las competencias que correspondan a otras autoridades, la vigilancia de salud pública tomará en cuenta, al menos, los siguientes factores:

a) Los condicionantes sociales y las desigualdades que incidan en la salud, con mediciones en el nivel individual y en el poblacional.

b) Los riesgos ambientales y sus efectos en la salud, incluida la presencia de los agentes contaminantes en el medio ambiente y en las personas, así como el impacto potencial en la salud de la exposición a emisiones electromagnéticas.

c) La seguridad alimentaria, incluyendo los riesgos alimentarios.

d) Los riesgos relacionados con el trabajo y sus efectos en la salud.

e) Las enfermedades no transmisibles.

f) Las enfermedades transmisibles, incluyendo las zoonosis y las enfermedades emergentes.

g) Los problemas de salud relacionados con el tránsito internacional de viajeros y bienes.

h) Otros problemas para la salud pública de los que se tenga constancia.

3. La vigilancia en salud pública requiere contar con unos sistemas de alerta precoz y respuesta rápida para la detección y evaluación de incidentes, riesgos, síndromes, enfermedades y otras situaciones que pueden suponer una amenaza para la salud de la población.

4. Se crea el sistema de atención a alertas en salud pública, con el fin de asegurar el control de aquellos hechos o situaciones en la Comunidad Autónoma de Aragón que impliquen una amenaza real o potencial para la salud de la población. La atención será continuada durante todos los días del año.

Para una mejor optimización de los recursos, será también función de los equipos que atienden esta atención continuada dar respuesta a las necesidades de intervenciones planificadas y no urgentes que por su propia naturaleza sea necesario realizar fuera del horario de trabajo habitual.

5. Desde la Administración se fomentará la investigación en salud pública en el convencimiento de que cualquier mejora en el aspecto preventivo de la salud pública redundará en una mejora del nivel de salud de la población y una disminución en el gasto asistencial.

Artículo 56. *Datos e historias, obtención y seguridad.*

1. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica quedará limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso, y siempre con sujeción a la legislación vigente.

2. El acceso a las historias clínicas por razones epidemiológicas y de salud pública se someterá a lo dispuesto en el artículo 16.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

3. En todos los niveles del sistema de información en salud pública se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos. Quienes trabajen en centros y servicios públicos y privados y quienes por razón de su actividad tengan acceso a los datos del sistema de información están obligados a mantener secreto.

Artículo 57. *Deberes de notificación.*

1. Sin perjuicio de los restantes deberes de notificación legalmente establecidos, los centros, servicios, establecimientos y profesionales sanitarios, tanto del sector público como del privado, deberán cumplimentar los protocolos, informes, estadísticas y demás documentación que se estimen precisos para una mejor tutela de la salud pública y

transmitirlos al sistema de información en salud pública. La concreción de estos deberes de notificación se realizará por norma reglamentaria aprobada por el Gobierno de Aragón.

2. La transmisión de estas notificaciones se efectuará siguiendo los formularios y protocolos establecidos por la dirección general responsable en materia de salud pública, con el fin de garantizar la homogeneidad e interoperabilidad del sistema de información en salud pública.

Artículo 58. *Comunicación de datos personales a la dirección general responsable en materia de salud pública.*

1. La dirección general responsable en materia de salud pública, en tanto que gestora y responsable del sistema de información en salud pública, podrá recabar la comunicación de datos personales en poder de cualquier Administración o de entidades privadas cuando el conocimiento de tales datos resulte necesario para el desempeño de sus funciones legítimas de tutela de la salud pública.

2. La Administración comunicante o la entidad privada dejará constancia de la finalidad señalada por la dirección general responsable en materia de salud pública y del contenido de la comunicación realizada.

3. La dirección general responsable en materia de salud pública quedará obligada, por el solo hecho de la comunicación, a la observancia de las disposiciones relativas a la protección de los datos personales en relación con los datos comunicados.

Artículo 59. *Registros de enfermedades y determinantes de la salud.*

1. Para obtener información necesaria con la que estudiar y afrontar los problemas de salud pública, mejorando la eficacia de la prevención de los riesgos y la planificación sanitaria, podrán crearse registros destinados a recoger datos sobre las enfermedades y los distintos determinantes de la salud.

2. Cuando los registros contengan ficheros donde hayan de almacenarse datos personales, su creación, modificación o supresión, deberá realizarse mediante disposición de carácter general, en la que, además de los requerimientos y exigencias derivados de la normativa de protección de datos personales, se expondrán las concretas razones de interés general sanitario que justifiquen la existencia del fichero y las finalidades perseguidas con el mismo.

3. Las Administraciones sanitarias no precisarán obtener el consentimiento de los afectados a fin de recabar y almacenar sus datos personales de salud con vistas a ser tratados en la tutela de la salud pública.

4. Las Administraciones sanitarias velarán especialmente por el recto cumplimiento de las condiciones de seguridad en el tratamiento y conservación de los datos tratados con fines de salud pública, debiendo aplicar para ello las medidas técnicas y organizativas previstas en la legislación de protección de datos de carácter personal.

5. Quedarán sometidos al deber de secreto quienes intervengan en el tratamiento de los datos personales de salud pública o quienes, en virtud de sus competencias, tengan acceso a los mismos.

CAPÍTULO VI

Farmacovigilancia

Artículo 60. *Farmacovigilancia.*

La farmacovigilancia de medicamentos en salud pública es una actividad que tiene como objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de los medicamentos una vez comercializados.

Artículo 61. *Actuaciones en farmacovigilancia.*

1. Sin perjuicio de las competencias que correspondan a otras autoridades, la farmacovigilancia en la Comunidad Autónoma de Aragón tendrá como función principal

proporcionar de forma continuada la mejor información posible sobre la seguridad de los medicamentos.

2. El departamento responsable en materia de salud pública pondrá en marcha un sistema de vigilancia de fármacos.

CAPÍTULO VII

Prevención de las adicciones

Artículo 62. *Prevención de las adicciones.*

La dirección general competente en materia de salud pública será responsable de promover los hábitos saludables y de tomar las medidas oportunas para la prevención de las adicciones en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, correspondiéndole, en todo caso, la coordinación en esta materia entre los diferentes departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma y con otras Administraciones Públicas.

Artículo 63. *Actuaciones para la prevención de las adicciones.*

1. Las actuaciones para la prevención de las adicciones consistirán en la elaboración, gestión, ejecución, seguimiento y evaluación de los correspondientes programas de prevención.

2. El departamento responsable en materia de salud pública pondrá en marcha un sistema de vigilancia en materia de adicciones con impacto poblacional.

TITULO IV

Inspección e Intervención Administrativa en materia de Salud Pública

CAPÍTULO I

Inspección en materia de Salud Pública

Sección 1.ª Funciones de la inspección y personal inspector

Artículo 64. *Funciones de la inspección en materia de salud pública.*

1. La inspección en el ámbito de la salud pública tendrá como finalidad prevenir la aparición de riesgos que puedan poner en peligro la salud de la población y, en su caso, tratar de contenerlos con carácter inmediato.

2. Con este objetivo, los servicios de inspección desempeñarán las siguientes funciones:

a) Asesoramiento en la implantación de nuevas normas o exigencias de orden sanitario en relación con el desarrollo de las actividades de los operadores económicos.

b) Verificación de los sistemas de autocontrol establecidos por los operadores económicos.

c) Auditoría a través de un examen sistemático e independiente para determinar si las actividades y sus resultados se corresponden con los planes previstos, y si estos se aplican eficazmente y son adecuados para alcanzar los objetivos.

d) Inspección del cumplimiento de las normas sanitarias que puedan afectar a la salud pública.

e) Control de la ejecución de las medidas especiales y cautelares adoptadas.

f) Elaboración de informes relacionados con la tutela de la salud pública.

g) Notificación de los actos y resoluciones adoptados por las autoridades sanitarias.

h) Cualesquiera otras funciones que en relación con la salud pública les sean encomendadas.

Artículo 65. *Personal inspector.*

1. Las funciones de inspección serán llevadas a cabo directamente por personal funcionario de la Administración con competencias en salud pública.
2. El personal funcionario al servicio de las Administraciones sanitarias a quien se atribuya funciones de inspección tendrá en el ejercicio de sus funciones la condición de agente de la autoridad sanitaria y, por tanto, la consideración de autoridad pública.

Sección 2.ª Inspección del cumplimiento de las normas sanitarias

Artículo 66. *Inspecciones ordinarias y extraordinarias.*

1. El personal inspector realizará inspecciones de carácter ordinario que se determinarán en cumplimiento de la normativa vigente y de los planes y programas de control que se establezcan oportunamente.
2. Además de las inspecciones ordinarias, se realizarán inspecciones extraordinarias en los siguientes supuestos:

a) Cuando se tengan indicios, por cualquier medio, de la existencia de hechos que pudiesen representar un riesgo significativo para la salud pública.
b) Cuando se produzca una denuncia particular, salvo que se aprecie en la misma manifiesta falsedad o carencia de todo fundamento.
c) En caso de accidente, incidente o alerta en salud pública que haya o pudiera haber tenido consecuencias significativas para la salud pública.

Artículo 67. *Facultades del personal inspector.*

1. El personal inspector estará facultado, en los términos previstos en la normativa vigente, para:

a) Entrar en cualquier instalación, establecimiento, servicio o industria sujetos al control sanitario establecido por la presente ley.
b) Exigir la presencia de la persona responsable o de aquella en quien haya delegado, así como del personal técnico de la empresa, a los efectos de solicitar las explicaciones y aclaraciones oportunas.
c) Entrevistarse con las personas responsables de los operadores y quienes trabajen para ellos.
d) Realizar las pruebas, mediciones, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de la normativa sanitaria.
e) Tomar o sacar muestras para comprobar el cumplimiento de la normativa sanitaria, así como hacer fotografías y grabaciones con la misma finalidad.
f) Acceder a la documentación, en cualquier tipo de soporte, de carácter industrial, mercantil y contable de los centros inspeccionados y obtener copias y extractos, siempre que dicha documentación guarde relación con el objeto de la inspección.
g) Llevar a cabo cuantas actuaciones resulten necesarias para el cumplimiento de la inspección sanitaria.

2. El personal inspector investido de la condición de agente de la autoridad podrá recabar el apoyo y la colaboración de otros servicios públicos o instituciones y, en caso de estricta necesidad, el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado u otros agentes de la autoridad que tengan encomendadas funciones de seguridad.

Artículo 68. *Deberes del personal inspector.*

Para un adecuado desempeño de su función de inspección, el personal inspector deberá:

a) Identificarse con las credenciales oportunas.
b) Comportarse con la debida corrección y discreción.
c) Velar por la proporcionalidad de su actuación y minimizar las molestias en el funcionamiento ordinario de la actividad inspeccionada.

d) Mantener estricto sigilo y secreto profesionales en relación con los asuntos que conozca.

Artículo 69. *Visita a las instalaciones.*

1. La visita a las instalaciones sujetas a control sanitario no requerirá de previo aviso o notificación cuando el personal inspector estime que dicho aviso puede desvirtuar el fin de la inspección. En otro caso, se notificará previamente a su titular tratando de ajustar la visita para no entorpecer el ciclo o ritmo de la actividad de que se trate.

2. Si la inspección debiera realizarse en un domicilio, se obtendrá previamente el consentimiento de su titular o, en su defecto, se recabará la correspondiente autorización judicial conforme a lo previsto en el artículo 81.

3. En la visita, el inspector podrá exigir la presencia de la persona responsable de la instalación o de aquella en quien haya delegado, así como el acompañamiento durante la inspección del personal técnico al servicio del establecimiento o instalación o de aquellas personas que hayan participado o participen en la instalación, el mantenimiento, la utilización o la inspección de los equipos o aparatos.

Artículo 70. *Entrevistas y citaciones.*

1. En el curso de la visita, el personal inspector podrá entrevistarse con quienes sean responsables de la instalación, así como con cualquier trabajadora o trabajador que, a su juicio, pueda disponer de información relevante, dejando constancia detallada en el acta.

2. Por medio de una citación, el personal inspector podrá exigir la comparecencia personal en las dependencias públicas de las personas cuyo testimonio pueda resultar relevante a los fines de la inspección.

Artículo 71. *Prueba del instrumental.*

El personal inspector podrá exigir la puesta en funcionamiento y la realización de pruebas del instrumental utilizado en el centro o actividad inspeccionados, ajustándose, en lo posible, al ritmo de funcionamiento de la actividad de que se trate, dejando constancia detallada en el acta.

Artículo 72. *Toma de muestras.*

1. El personal inspector podrá tomar muestras para que sean sometidas a análisis. De la toma se dejará constancia en un acta con los datos precisos para su correcta identificación. Salvo que se disponga otra cosa en la legislación sectorial o la urgencia o gravedad de la situación lo impidan, se tomarán tres muestras, dejando una en poder de quien sea titular de la instalación o de su representante a los efectos de su defensa.

2. Cuando la urgencia o gravedad de la situación impidan tomar tres muestras deberán consignarse en el acta los hechos que dan lugar a tal situación.

3. En el caso de las muestras bajo la responsabilidad de la Administración, estas únicamente podrán ser analizadas por el Laboratorio de Salud Pública de Aragón, salvo lo establecido en el artículo 29.

Artículo 73. *Adopción de medidas especiales y cautelares.*

El personal inspector de salud pública que, en el curso de sus funciones, constate la existencia de un riesgo sanitario grave o inminente o adviertan el incumplimiento de los requisitos y garantías esenciales para la protección de la salud pública impuestos por las normas sanitarias, podrá acordar las medidas especiales y cautelares necesarias previstas en esta ley y en la legislación básica, justificando en el acta los hechos que dan lugar a la adopción de las mismas, y requerir a la persona interesada para que proceda a la corrección de la situación.

Artículo 74. *Acta de inspección.*

1. Todas las actuaciones de inspección se documentarán por medio de un acta, que reflejará de manera detallada las actuaciones de investigación y comprobación realizadas y

sus resultados, además de los hechos o circunstancias que resulten relevantes. Las personas inspeccionadas tendrán derecho a que consten en el acta las alegaciones realizadas en el transcurso de la inspección.

2. Las actas de inspección podrán ser utilizadas como elemento probatorio y servirán de fundamento para la incoación de los correspondientes procedimientos sancionadores o de restablecimiento de la legalidad. Las actas de inspección confeccionadas por quien sea agente de la autoridad tendrán valor probatorio de los hechos consignados, sin perjuicio de las pruebas señaladas o aportadas por los interesados en defensa de sus respectivos derechos o intereses. Ello no eximirá a la Administración del deber de aportar todos los elementos probatorios que resulten posibles sobre los hechos en el marco del procedimiento sancionador o de restablecimiento de la legalidad que se tramite.

CAPÍTULO II

Intervención administrativa urgente por razones de salud pública

Artículo 75. *Habilitación para la intervención urgente por razones de salud pública.*

1. Cuando las Administraciones Públicas sanitarias detecten un riesgo sanitario que, por su gravedad o inmediatez, ponga en peligro la salud pública, podrán adoptar las medidas especiales y cautelares necesarias sobre las mercancías, los locales y establecimientos, las actividades, los animales y, en su caso, las personas, con el objetivo de contener el riesgo y proteger la salud pública. De la misma forma podrá actuarse en los casos en que se constate el incumplimiento de requisitos y garantías esenciales para la protección de la salud pública impuestas por las normas sanitarias.

2. Estas medidas especiales y cautelares son independientes de la eventual apertura de un procedimiento sancionador, de restablecimiento de la legalidad o de otro tipo que tenga su origen en esos mismos hechos.

Artículo 76. *Coordinación con la Administración General del Estado.*

En atención a la gravedad, dimensión o posible impacto territorial del riesgo sanitario, se informará de inmediato a la Administración General del Estado, a través de las redes y canales establecidos, a fin de que esta pueda hacer uso de su competencia de coordinación general de la sanidad.

Artículo 77. *Clases de medidas especiales y cautelares.*

1. Cuando las medidas especiales y cautelares recaigan sobre las instalaciones o actividades, estas podrán consistir en:

a) La aplicación de medidas higiénicas, como el precintado de locales, aparatos o equipos.

b) La clausura o paralización parcial o total de la actividad.

c) La suspensión parcial o total de suministros de energía y otros, que deberá ser comunicada de forma inmediata a las empresas suministradoras.

2. Cuando las medidas especiales y cautelares recaigan sobre los vehículos, podrá ordenarse su paralización y precintado.

3. Cuando las medidas especiales y cautelares recaigan sobre los productos, estas podrán consistir en:

a) Su inmovilización.

b) La limitación o prohibición de su distribución o venta.

c) La retirada del mercado.

d) La destrucción en condiciones adecuadas, conforme a la naturaleza de dichos productos.

4. Cuando las medidas especiales y cautelares recaigan sobre los animales, estas podrán consistir en:

a) Su inmovilización.

b) La prescripción de tratamientos veterinarios forzosos.
c) El sacrificio forzoso, considerando en todo caso la normativa en vigor sobre bienestar animal.

5. Cuando las medidas especiales y cautelares recaigan sobre las personas, siempre con las garantías que establece el artículo 81, estas podrán consistir en:

a) La práctica de exámenes y reconocimientos médicos.
b) El establecimiento de restricciones en la libertad deambulatoria y el ejercicio profesional.
c) El internamiento o el aislamiento en el domicilio o en un establecimiento hospitalario.
d) La prescripción de un tratamiento médico.

6. Las medidas anteriores quedan abiertas a la posibilidad de que la Administración adopte cualquier otra medida de corrección o de seguridad que resulte necesaria para contener el riesgo dentro del respeto al principio general de proporcionalidad.

Artículo 78. *Proporcionalidad y duración.*

1. Las medidas adoptadas, así como los medios para su ejecución o efectividad, deberán ser congruentes con los motivos que las originen y proporcionadas con los riesgos que conlleven, minimizando en lo posible la restricción de la libre circulación de mercancías y prestación de servicios, de la libertad de empresa y de los demás derechos afectados.
2. Las medidas adoptadas, así como los medios para su ejecución o efectividad, se adaptarán a las características específicas del objeto sobre el que recaigan.
3. La duración de las medidas no excederá de lo que exija la situación que las motive.

Artículo 79. *Forma de las medidas especiales y cautelares.*

1. La adopción de las medidas especiales y cautelares deberá realizarse de forma escrita.
2. Excepcionalmente, cuando las circunstancias impidan la forma escrita, podrá realizarse de forma verbal. En todo caso, deberá dejarse constancia por escrito tan pronto como sea posible, siendo dicha resolución escrita la que habrá de tomarse en cuenta a los efectos del cómputo de los plazos de impugnación. Asimismo, se deberá dejar constancia de las circunstancias excepcionales que impidieron la adopción inicial de la medida de forma escrita.
3. El acto en virtud del cual se adopten las medidas especiales y cautelares deberá estar motivado con las indicaciones expresas de las razones que justifican la medida. Posteriormente, podrá complementarse con los resultados de nuevos datos o averiguaciones.
4. El acto en virtud del cual se adopten las medidas agotará la vía administrativa y podrá ser objeto de revisión a través de los recursos que procedan.
5. Las medidas se adoptarán previa audiencia de las personas interesadas, salvo en caso de riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población. No obstante, la Administración tratará de recabar antes toda la información a su alcance a los efectos de llevar a cabo una valoración del riesgo lo más completa posible.
6. Si las exigencias de urgencia y las circunstancias del caso lo hacen posible, la Administración concederá a quienes sean destinatarios y afectados un trámite de audiencia por un plazo máximo de tres días, para que formulen alegaciones. En caso contrario, la Administración oirá necesariamente a quienes sean destinatarios y afectados por las medidas dentro de los quince días siguientes a la adopción de la medida, con objeto de conocer su punto de vista, revisar el contenido de la medida y fijar las mejores pautas para su recta ejecución.
7. La Administración estimulará y favorecerá, en todo momento, la concertación de las medidas con quienes sean destinatarios y afectados por las mismas.

Artículo 80. *Coste de las medidas especiales y cautelares.*

Los gastos asociados a la puesta en práctica de las medidas especiales y cautelares correrán a cargo de los operadores económicos destinatarios de las mismas.

Artículo 81. *Autorización o ratificación judicial.*

1. Si las medidas implican privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental de sus destinatarios, la autoridad sanitaria procederá a recabar la autorización judicial o ratificación judicial en los términos previstos en la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

2. Cuando la Administración deba recabar autorización judicial, remitirá al órgano judicial, además del expediente que proceda, un informe explicativo del riesgo, de la medida adoptada o cuya ratificación se solicita y de los medios dispuestos para controlar su ejecución. Juntamente con el informe, se designará a una persona al servicio de la Administración que, en calidad de experto, podrá comparecer de inmediato a petición judicial a los efectos de ilustrar y ofrecer al órgano judicial las explicaciones oportunas.

CAPÍTULO III

La corresponsabilidad de los operadores económicos en la tutela de la salud pública

Artículo 82. *Acciones de responsabilidad social de los operadores económicos en materia de salud pública.*

1. Los operadores económicos podrán asumir la realización voluntaria de acciones de responsabilidad social destinadas a promover la salud y prevenir las enfermedades, tanto en el ámbito de su propia actividad como en el ámbito interno de su entorno y de la comunidad. A tal efecto, las Administraciones Públicas sanitarias podrán suscribir acuerdos de colaboración respetando, cuando el objeto del acuerdo así lo exigiese, la legislación de contratación pública.

2. Los operadores económicos podrán hacer uso publicitario de sus acciones de responsabilidad social en materia de salud pública, de acuerdo con las condiciones establecidas en la legislación reguladora de la publicidad.

3. La dirección responsable en materia de salud pública, en los supuestos en que se considere que pudiese haberse incurrido en un supuesto de publicidad engañosa, iniciará e impulsará los trámites para el ejercicio de las acciones pertinentes por el Gobierno de Aragón.

Artículo 83. *Deber de tutelar la salud pública.*

1. Los operadores económicos tienen el deber general de no lesionar la salud de la población, controlando la salubridad de sus locales y equipos, de sus procesos, así como de sus actividades agrícolas, ganaderas e industriales y de los productos y servicios que ofrezcan.

2. Con este fin, los operadores quedarán sujetos a las siguientes obligaciones:

a) Asegurarse de que en las empresas y actividades que se hallen bajo su control se cumplen los requisitos de la legislación sanitaria, estableciendo a tal efecto los sistemas de autocontrol oportunos.

b) Mantenerse informados de la evolución científica en el conocimiento de los riesgos asociados a sus actividades.

c) Investigar las reclamaciones de las que pudiera deducirse la existencia de un riesgo.

d) Colaborar con las Administraciones sanitarias, sometiéndose a los controles que a tal efecto se establezcan y facilitando la ejecución de las medidas acordadas para combatir los riesgos sanitarios.

Artículo 84. *Actuación ante un riesgo de salud pública.*

1. Si un operador económico advierte en el curso de su actividad la existencia de un riesgo para la salud pública o tiene indicios suficientes de su existencia, deberá:

a) Notificar de inmediato la situación a la Administración y poner a su disposición toda la información que esta le requiera al respecto, en especial, la relativa a la trazabilidad y localización de los productos o agentes de riesgo. A los efectos de facilitar y hacer más ágil

esta notificación, la dirección general responsable en materia de salud pública podrá confeccionar protocolos donde se especifiquen su forma y contenido.

b) Adoptar por iniciativa propia y sin necesidad de requerimiento administrativo las medidas de contención que estime apropiadas en tanto la Administración no disponga nada al respecto. En concreto, si el riesgo estuviese asociado a un producto o materia prima intermedia, procederá inmediatamente a su retirada del mercado. En caso de que el producto pudiese haber llegado a los consumidores o al siguiente operador de la cadena alimentaria, el operador les informará de forma efectiva y precisa de las razones de esa retirada y, si es necesario, recuperará los productos cuando otras medidas no sean suficientes para alcanzar un nivel elevado de protección de la salud. Si el riesgo está asociado a un animal o vegetal, en la fase de producción primaria, se tomarán medidas para evitar su entrada en la cadena alimentaria, llegando a inmovilizarse antes de que pueda pasar a la siguiente fase.

c) Ejecutar sin demora las medidas acordadas por la Administración respecto a la situación de riesgo.

2. Sin perjuicio de las responsabilidades que puedan derivarse, el incumplimiento de estos deberes impedirá acceder a las medidas compensatorias que, en su caso, puedan establecerse en relación con la actividad o el producto afectado.

CAPÍTULO IV

Registro de establecimientos alimentarios

Artículo 85. *Registro de establecimientos alimentarios.*

1. Se crea el Registro de establecimientos alimentarios como mecanismo de control de salud pública, cuya regulación se establecerá reglamentariamente.

2. Se establece la obligación de someter a registro a los establecimientos no sujetos a inscripción en el Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos, a fin de facilitar el control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimenticios en la cadena alimentaria hasta su destino final para el consumo en aquellos establecimientos sometidos a inscripción.

3. El Registro tendrá carácter público e informativo y se constituirá como base de datos informatizada.

4. La inscripción en el Registro no excluye la plena responsabilidad del operador económico respecto del cumplimiento de la legislación alimentaria.

5. Con el fin de tener un conocimiento más certero de la realidad y mantener un control más eficaz, las Administraciones sanitarias podrán crear otros registros de inscripción obligatoria de las entidades, establecimientos, actividades y productos que tengan una incidencia significativa en la salud pública.

TÍTULO V

Infracciones y sanciones

Artículo 86. *Infracciones.*

1. Son infracciones en materia de salud pública las acciones u omisiones que se tipifican en esta ley y en el resto de la normativa sanitaria específica aplicable.

2. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves atendiendo a los criterios de riesgo para la salud de la población, gravedad de la alteración sanitaria o social producida, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de intencionalidad y reincidencia en las mismas.

3. En los supuestos en que se tuviera conocimiento de la comisión de una presunta infracción en materia de prevención de riesgos laborales o del orden social, los hechos se pondrán en conocimiento de la autoridad laboral conforme al protocolo de información mutua establecido.

4. En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, la Administración pondrá los hechos en conocimiento de la jurisdicción competente y se producirá la suspensión del procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme. En el caso de que en esta no se aprecie existencia de delito, la Administración continuará el procedimiento sancionador tomando como base los hechos que los tribunales hubieran declarado probados.

Artículo 87. *Tipificación de las infracciones.*

1. Son infracciones leves en materia de salud pública las siguientes conductas:

a) Las meras irregularidades formales en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública.
b) La oposición, obstrucción, desconsideración o falta de colaboración en relación con la actuación inspectora y de control sanitario, siempre que tales conductas no impidan o dificulten gravemente su realización, así como el incumplimiento de los requerimientos formulados por los inspectores y agentes de la autoridad sanitaria.
c) El ejercicio de cualquiera de las actividades sujetas a autorización sanitaria o registro sanitario previos sin contar con dicha autorización o registro actualizado, así como la modificación no autorizada de las condiciones técnicas o estructurales sobre las que se otorgó la correspondiente autorización, aun cuando se haya solicitado la preceptiva autorización o registro.
d) El incumplimiento de las obligaciones de información y notificación por parte de las y los profesionales sanitarios cuando ello no tenga efectos directos sobre la salud pública.
e) Dispensar medicamentos veterinarios transcurrido el plazo de validez de la receta.
f) Las infracciones contempladas en el apartado siguiente cuando, en razón de los criterios fijados en el artículo anterior, merezcan la calificación de leves.

2. Son infracciones graves:

a) Las conductas que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.
b) La omisión de los controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.
c) El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas especiales y cautelares que impongan las autoridades sanitarias.
d) El ejercicio de cualesquiera de las actividades sujetas a autorización sanitaria o registro sanitario previos sin contar con dicha autorización o registro actualizado, así como la modificación no autorizada de las condiciones técnicas o estructurales sobre las que se otorgó la correspondiente autorización, siempre que no se haya solicitado la preceptiva autorización o registro.
e) La resistencia a suministrar datos o a prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes, dificultando gravemente su actuación.
f) El incumplimiento de las obligaciones de información y notificación por parte de los profesionales sanitarios cuando ello tenga efectos directos sobre la salud pública.
g) La comercialización para sacrificio de animales, en el caso de administración de productos o sustancias autorizadas, cuando no se haya respetado el plazo de espera prescrito para dichos productos o sustancias.
h) La aceptación, para su sacrificio, de animales para los que el productor no esté en condiciones de garantizar que se han respetado los períodos de espera.
i) Dispensar medicamentos veterinarios en establecimientos distintos a los autorizados, así como la dispensación sin receta veterinaria de aquellos medicamentos sometidos a esta modalidad de prescripción.
j) Las infracciones contempladas en el apartado siguiente que, en razón de los criterios establecidos en el artículo anterior, merezcan la calificación de graves.
k) Las infracciones contempladas en el apartado anterior que, en razón de los criterios establecidos en el artículo anterior, merezcan la consideración de graves.

3. Son infracciones muy graves:

a) Las que reciban expresamente dicha clasificación en la normativa especial aplicable en cada caso.

b) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.

c) La negativa absoluta a facilitar información o a prestar colaboración a los servicios de inspección.

d) La coacción, amenaza, represalia o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes en el ejercicio de sus funciones.

e) La comercialización de animales de explotación que hayan sido objeto de un tratamiento ilegal con arreglo a la normativa vigente o a los que se les hayan administrado sustancias o productos prohibidos.

f) La administración de sustancias prohibidas o no autorizadas a los animales de explotación.

g) La administración a los animales de explotación de productos autorizados para otros fines o en condiciones distintas de las establecidas en la normativa comunitaria o, llegado el caso, en la legislación nacional.

h) El tráfico, distribución, venta o comercialización de carnes y otros productos procedentes de los animales de explotación que contengan residuos de sustancias de acción farmacológica por encima de los límites máximos autorizados, residuos de sustancias autorizadas en las que no se hayan fijado los límites máximos de residuos o sustancias o productos no autorizados o prohibidos.

i) La tenencia de sustancias o productos no autorizados y/o prohibidos con arreglo a la normativa vigente.

j) La preparación de remedios secretos destinados a los animales.

k) Las infracciones contempladas en el apartado anterior que, en razón de los criterios establecidos en el artículo anterior, merezcan la calificación de muy graves.

Artículo 88. *Sanciones.*

1. Las infracciones tipificadas en esta ley serán sancionadas con multa de acuerdo con la siguiente escala:

a) Infracciones leves: desde 100 a 3.000 euros.

b) Infracciones graves: desde 3.001 a 60.000 euros.

c) Infracciones muy graves: desde 60.001 a 600.000 euros.

2. En el caso de infracciones muy graves, el Gobierno de Aragón podrá acordar, además, si fuera necesario para garantizar la salud pública, el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, sin perjuicio del respeto de los derechos reconocidos a los trabajadores por la legislación laboral.

3. No tendrá el carácter de sanción la adopción de las medidas especiales y cautelares contempladas en el título IV de la presente ley.

Artículo 89. *Graduación de las sanciones.*

1. Las infracciones serán sancionadas guardando la debida proporcionalidad entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción que se imponga. Para determinar, dentro de los límites mínimos y máximos establecidos, las sanciones que proceda imponer se tendrán en cuenta especialmente las circunstancias siguientes:

a) La existencia de intencionalidad o de reiteración en la comisión de la infracción.

b) La reincidencia por comisión de más de una infracción de la misma naturaleza en el plazo de un año cuando así haya sido declarado por resolución administrativa firme.

c) El incumplimiento de las advertencias o requerimientos previos formulados por el personal inspector.

d) La entidad de los perjuicios causados a la salud de las personas o del riesgo creado para la misma.

e) La incidencia sobre grupos de población especialmente vulnerables, tales como menores, mujeres embarazadas o personas con discapacidad.

f) La cuantía del beneficio obtenido por la persona infractora mediante la realización de la infracción.

2. Si en cualquier momento anterior a la resolución la persona infractora reconoce su responsabilidad, se resolverá el procedimiento aplicando una reducción sobre el importe de la sanción propuesta de un 20%. El reconocimiento de responsabilidad por parte de la persona infractora implicará la renuncia a formular otras alegaciones y proponer pruebas sobre los hechos considerados infracción.

3. La resolución sancionadora acordará la misma reducción en la cuantía de multa en caso de que, pese a no haberse producido el reconocimiento de responsabilidad, quede acreditada la corrección o subsanación de las irregularidades en que consista la infracción en cualquier momento previo a la resolución del procedimiento sancionador.

Artículo 90. *Medidas complementarias.*

1. El órgano competente para resolver el procedimiento sancionador podrá acordar, junto con la sanción correspondiente, el decomiso de bienes o productos deteriorados, caducados o no autorizados o que por cualquier otra causa puedan entrañar riesgo para la salud o seguridad de las personas. El destino de los bienes decomisados como medida complementaria de la sanción será su destrucción.

2. El decomiso se llevará a efecto previa acta, que incluirá la descripción detallada de las características y del estado de los bienes decomisados.

3. Todos los gastos y posibles indemnizaciones derivados de la intervención, depósito, decomiso, transporte o destrucción de los bienes o productos que prevé este precepto serán exigibles a quien sea sancionado.

Artículo 91. *Medidas provisionales.*

1. Una vez incoado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar en cualquier momento, mediante acuerdo motivado, aquellas medidas de carácter provisional que resulten necesarias para garantizar el buen fin del procedimiento, la eficacia de la resolución que pudiera recaer o las exigencias derivadas de los intereses generales, así como para evitar el mantenimiento de los efectos de la infracción. En caso de urgencia inaplazable, las medidas provisionales podrán ser adoptadas por el órgano competente para acordar el inicio del procedimiento o por su instructor.

2. Las medidas de carácter provisional que pueden adoptarse son, entre otras, las siguientes:

a) El precintado de aparatos, equipos o vehículos.

b) La clausura temporal, parcial o total, de las instalaciones o del establecimiento o servicio de que se trate.

c) La suspensión temporal del título administrativo legitimador del ejercicio de la actividad.

d) La inmovilización o el decomiso de productos ilegalmente obtenidos, así como el decomiso de los instrumentos y medios utilizados en la comisión de la infracción.

e) La adopción de medidas de corrección, seguridad o control que impidan la continuación en la producción del riesgo o del daño a la salud pública.

3. En caso del decomiso previsto en el apartado anterior, letra d, será de aplicación lo establecido el artículo 90.2 y 3. El depósito de los efectos decomisados se realizará en los lugares que al efecto disponga la autoridad que acuerde el decomiso.

Artículo 92. *Competencia para imponer sanciones en materia de salud pública.*

1. La competencia para ejercer la potestad sancionadora en materia de salud pública corresponde a los siguientes órganos.

a) A la Directora o el Director de los servicios provinciales del departamento responsable en materia de salud, hasta 12.000 euros.

b) A la Directora General o el Director General responsable en materia de salud pública, de 12.001 a 30.000 euros.

c) A la Consejera o el Consejero responsable en materia de salud, de 30.001 a 200.000 euros.

d) Al Gobierno de Aragón, a partir de 200.001 euros.

Artículo 93. *Procedimiento sancionador.*

El procedimiento sancionador en materia de salud pública debe ajustarse a las disposiciones legales y reglamentarias de régimen jurídico y de procedimiento, en particular al título IX de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y al Reglamento del procedimiento para el ejercicio de la potestad sancionadora de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Artículo 94. *Sujetos responsables.*

1. Son sujetos responsables las personas físicas o jurídicas que incurren en acciones u omisiones tipificadas como infracciones en materia de salud pública aun a título de simple inobservancia.

2. Cuando el cumplimiento de las obligaciones establecidas corresponda a varias personas conjuntamente, responderán de forma solidaria de las infracciones que, en su caso, se cometan y de las sanciones que se impongan.

Artículo 95. *Prescripción.*

1. Las infracciones muy graves prescribirán a los cinco años, las graves a los tres años y las leves al año.

2. Las sanciones impuestas por la comisión de faltas muy graves prescribirán a los cinco años, las impuestas por faltas graves a los tres años y las impuestas por faltas leves al año.

Disposición adicional primera. *Municipios de población superior a 50.000 habitantes.*

Los municipios de población superior a 50.000 habitantes deberán disponer de medios propios para ejercer sus competencias en el ámbito de la salud pública. No obstante, podrán celebrar convenios de colaboración con el Gobierno de Aragón para mejorar la efectividad de sus actuaciones en la materia.

Disposición adicional segunda. *Coordinación de actuaciones en el ámbito infraprovincial.*

La dirección general responsable en materia de salud pública, mediante los instrumentos normativamente previstos, llevará a efecto la coordinación de los servicios de salud pública en el ámbito inferior al provincial, como son las áreas y zonas básicas de salud pública, impulsando las medidas de gestión que requieran las necesidades en salud pública.

Disposición adicional tercera. *Competencias de las entidades locales en salud pública.*

Las competencias de las entidades locales recogidas en la presente ley deberán adaptarse a lo que establezca el modelo de organización propio de la Administración local que aprueben las Cortes de Aragón, en cumplimiento de lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía, de manera que la Comunidad Autónoma se dote de un modelo de salud propio en función de sus circunstancias territoriales, socioeconómicas y poblacionales.

Disposición transitoria primera. *Procedimientos sancionadores en tramitación.*

Los procedimientos sancionadores que se encuentren en tramitación a la entrada en vigor de esta ley se resolverán conforme a la legislación vigente en el momento en que se cometió la infracción, sin perjuicio de la aplicación de la regulación más favorable tanto en la calificación de las infracciones como en la imposición de las sanciones.

Disposición transitoria segunda. *Aplicación de las normas reglamentarias.*

En aquellas materias cuya regulación remite la presente ley a un futuro desarrollo reglamentario, en tanto este no se produzca resultará de aplicación, en cada caso, la

normativa de dicho rango vigente a la entrada en vigor de esta ley, siempre que no contradiga lo dispuesto en ella.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

1. Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.
2. Mantienen su vigencia, con rango reglamentario, los artículos 31 y 32 de la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

Disposición final primera. *Adaptación del mapa de salud pública.*

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley, el Gobierno de Aragón, en el marco de sus competencias, adaptará el mapa de salud pública actual al modelo comarcal recogido en el Estatuto de Autonomía de Aragón de manera que se garantice el mantenimiento de los servicios a nivel territorial.

Disposición final segunda. *Desarrollo reglamentario.*

1. El Gobierno de Aragón podrá dictar las disposiciones de carácter general de desarrollo y aplicación de la presente ley que resulten necesarias.
2. Se habilita asimismo al titular del departamento responsable en materia de salud pública para proceder al desarrollo reglamentario de la ordenación y del funcionamiento del sistema de atención a alertas en salud pública.

Disposición final tercera. *Plazo para la aprobación de disposiciones de desarrollo.*

1. El Gobierno de Aragón, en el plazo máximo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley, regulará la composición y régimen de funcionamiento de la Comisión interdepartamental de salud pública.
2. El Gobierno de Aragón, en el plazo máximo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley, regulará la composición, funciones y régimen de funcionamiento del Consejo aragonés de salud pública.
3. El Gobierno de Aragón deberá, asimismo, en el plazo máximo de un año desde la entrada en vigor de esta ley, desarrollar las previsiones contenidas en los artículos 50 y 52.

Disposición final cuarta. *Entrada en vigor.*

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

§ 16

Ley 10/2010, de 27 de septiembre, de salud pública y seguridad alimentaria de Castilla y León

Comunidad de Castilla y León
«BOCL» núm. 196, de 8 de octubre de 2010
«BOE» núm. 283, de 23 de noviembre de 2010
Última modificación: 23 de octubre de 2020
Referencia: BOE-A-2010-17980

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.

LEY DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La Constitución Española de 27 de diciembre de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, imponiendo a los poderes públicos, de acuerdo con el régimen de distribución de competencias, la obligación de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

En desarrollo de esta previsión, el Estado ha promulgado diferentes textos normativos, con la finalidad de concretar el marco común básico en el que las comunidades autónomas deben actuar para implementar los medios precisos que tiendan a garantizar a la población «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», en el que se materializa el derecho constitucionalmente reconocido, según la definición que sobre la salud señala la Organización Mundial de la Salud en su carta fundacional.

De este modo, el ámbito normativo estatal en la materia que es objeto de esta ley está constituido, principalmente, por la Ley Orgánica 4/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la que se precisan algunas de las actuaciones a desarrollar por las administraciones competentes para garantizar el derecho a la salud colectiva, como la sanidad ambiental y la vigilancia sanitaria y, esencialmente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que delimita con carácter básico los contenidos específicos de la prestaciones del Sistema Nacional de Salud, entre las que se encuentra la salud pública y como actuación de ésta, la seguridad alimentaria.

II

Paralelamente al desarrollo legislativo del Estado, debe reseñarse la constante evolución del derecho comunitario en esta materia, al configurarse la protección de la salud de la población de los territorios de la Unión Europea como uno de los objetivos prioritarios de las políticas de sanidad que se han desarrollado en los últimos años, de acuerdo con el artículo 152 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea.

Desde esta consideración, el legislador europeo ha venido impulsando el establecimiento de un marco regulador común en el ámbito de la salud pública a través de numerosas disposiciones normativas, entre las que cabe citar el Reglamento (CE) n.º 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de enero de 2002, que regula distintos aspectos relacionados con la seguridad de los alimentos, el Reglamento (CE) n.º 851/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de abril de 2004, por el que se crea un Centro Europeo para la Previsión y el Control de las Enfermedades, y la Decisión n.° 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007, por la que se establece el segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013), cuyos contenidos deben insertarse en nuestro ordenamiento jurídico de forma expresa para favorecer su publicidad y conocimiento por todos los sectores implicados, sin perjuicio de la eficacia directa de alguna de estas normas.

III

Atendiendo al régimen constitucional de distribución de competencias y al Estatuto de Autonomía de 1983, el primer precedente normativo de nuestra Comunidad Autónoma en el ámbito sanitario es la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, que configuró el Sistema de Salud de esta Comunidad Autónoma y contenía la regulación general de las actividades sanitarias, considerando el nivel de competencias asumidas en el momento de su promulgación.

Con posterioridad a dicha norma, se han dictado otras de especial incidencia en el derecho a la protección a la salud de los ciudadanos de Castilla y León, como la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica, que describe las acciones y mecanismos necesarios para la obtención de una atención farmacéutica continua, integral y de calidad a la población, y la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre los Derechos y Deberes de las Personas en Relación a la Salud, en la que se regula la información epidemiológica que las administraciones ofrecerán en relación con la salud individual y colectiva.

Dicho conjunto de normas, sin embargo, resulta insuficiente para dar respuesta a las nuevas necesidades que en este ámbito corresponden a la Comunidad de Castilla y León, derivados de la asunción estatutaria de nuevas competencias, de la normativa de la Unión Europea y estatal, de influencia decisiva en nuestro ordenamiento jurídico, como hemos precisado anteriormente, y, sobre todo, de la evolución y desarrollo tanto de la salud pública como de nuestra sociedad castellano y leonesa que, en su contexto nacional y europeo, demanda el máximo nivel de salud individual y colectiva.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 74 de la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de Reforma del Estatuto de Autonomía, la Comunidad de Castilla y León ha asumido con carácter exclusivo, 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 y la planificación de los recursos sanitarios públicos y por tanto todas las relacionadas con la prestación de salud pública del Sistema Público de Salud, por lo que resulta preciso, a fin de dar eficacia a dicho compromiso estatutario, establecer el marco legal idóneo para administrar eficazmente todos los servicios y recursos y reorganizar las actuaciones que comprende esta prestación, conforme al contenido mínimo y básico establecido por la legislación estatal. Además, es necesario reseñar que también han sido referentes para esta ley los artículos 13.2 y 16.16 del Estatuto de Autonomía, en los que se consagra el derecho a la protección integral de la salud.

En consecuencia, la presente ley tiene la voluntad de definir con precisión el contenido de la prestación de salud pública del Sistema Público de Salud de Castilla y León, que está integrada por el conjunto de iniciativas, ciencias, habilidades y aptitudes organizadas por las autoridades sanitarias para preservar, proteger y promover la salud de la población.

Si el consumo y la producción de alimentos son esenciales para cualquier sociedad y tiene importantes repercusiones económicas, sociales y medioambientales, para Castilla y León estas realidades tienen especial relevancia. Por ello, esta norma pretende resaltar la importancia que en el ámbito de la salud pública ha adquirido la seguridad alimentaria, situándola en el título de la ley y dedicándole un título compartido con la sanidad ambiental, de especial repercusión en los últimos años, así como intensificar la integración de la seguridad alimentaria dentro del concepto de salud pública. Así, con la presente ley se incardinan las especiales características de la seguridad alimentaria, la de sus principales responsables y la importancia del sector alimentario de Castilla y León con las prestaciones del Sistema Público de Salud, los profesionales que las desarrollan y las actuaciones de intervención propias de la administración sanitaria.

Estas reflexiones imponen a nuestros poderes públicos, como garantes de la salud pública, la obligación de reforzar la política sobre la seguridad alimentaria con el objetivo final de la obtención de un elevado nivel de seguridad y de protección de la salud de la población en relación con los alimentos, y con la finalidad de garantizar la inocuidad de los mismos, independientemente de que se importen o se comercialicen desde Castilla y León al resto de España o a los Estados Miembros de la Unión Europea o a terceros países.

Con la presente ley, por tanto, se configura la salud pública como valor social de primer orden, de acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía; se garantizan las prestaciones de salud pública, como derecho individual y colectivo, que se desarrollarán proactivamente con equidad y orientadas a la disminución de las desigualdades ya sean territoriales, sociales, culturales y de género; se definen los ámbitos funcionales y de actividad de las administraciones competentes y de los agentes implicados; y se salvaguardan jurídicamente las actuaciones de control y limitativas que llevarán a cabo las autoridades sanitarias.

Es importante resaltar, aun cuando sea evidente, que los principios, los procesos de planificación sanitaria, los objetivos de calidad, formación e investigación y demás materias reguladas en la nueva Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, son propios de la presente ley, formando ambas leyes un todo indivisible que permitirá asentar un sistema permanente de mejora de la eficacia, la eficiencia y la calidad en el Sistema Público de Salud de Castilla y León.

IV

Considerando estos postulados, la ley está compuesta por un total de 65 artículos, distribuidos en seis títulos, una disposición adicional, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El título preliminar, bajo la rúbrica de «Disposiciones generales», delimita el ámbito objetivo de la norma y proclama los principios generales que deben informar la actuación de las administraciones públicas, incorporando a nuestro ordenamiento jurídico los principios de protección, promoción y prevención, de la atención integral de la salud pública, de la precaución o cautela, del análisis de riesgos, de la transparencia y equidad en la gestión de riesgos y recursos, de la aplicación de criterios de seguridad alimentaria a todos los procesos de elaboración de alimentos independientemente del destino de su comercialización, de la formación de los profesionales sanitarios, de la investigación sanitaria y de la coordinación y colaboración entre administraciones.

En el Título I, dividido en dos capítulos se regula «La Prestación de salud pública». El Capítulo I, delimita el marco y contenido que comprenderá esta prestación en el Sistema Público de Salud de Castilla y León. De este modo se ha considerado oportuno relacionar el conjunto de actuaciones que la Comunidad Autónoma deberá implementar para la prevención de la enfermedad y la promoción y protección de la salud de la población.

La ley amplía el número de actuaciones respecto a las contempladas por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, para dar cumplimiento a las exigencias estatutarias sobre el contenido del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos de Castilla y León, y fija las bases del régimen funcional de las personas que van a ser consideradas, a los efectos de esta ley, como profesionales de la prestación de salud pública.

Así, en este título se da relevancia a los profesionales de la prestación de salud pública, personal de carácter sanitario con capacidad para realizar amplias y complejas funciones, entre las que se encuentran las actividades que, relacionadas con el control oficial, tienen su implicación en el Título IV de esta ley. La diversidad de tareas que deben llevar a cabo estos profesionales, junto con la actualización de conocimientos y el cumplimiento de objetivos, aseguraran una prestación sanitaria de calidad. Este título asienta que todas las actuaciones de las prestaciones de salud pública, desde la promoción de la salud hasta el control en laboratorios, están globalizados en la disciplina de salud pública.

Se completa este Título, en el Capítulo II, con la regulación de cada una de las actuaciones que tiene como objetivo delimitar el marco de cada una de ellas para la mejor organización de los servicios y gestión de los recursos públicos.

El Título II, «Organización de la salud pública y seguridad alimentaria», en su Capítulo I, organiza administrativa y territorialmente las prestaciones de salud pública y crea las demarcaciones sanitarias y el equipo de salud pública, con la finalidad de superar los obstáculos que la normativa hasta ahora vigente provoca en la gestión eficaz de los recursos públicos, potenciando la formación de equipos de profesionales que asegurarán un servicio moderno y de calidad en todo el territorio de Castilla y León.

Asimismo se incorpora una relación de las competencias de la Administración de Castilla y León y se reconocen las de los Ayuntamientos, teniendo en cuenta los principios de eficacia y coordinación administrativa que deben presidir las relaciones entre las administraciones públicas.

La existencia de distintos niveles administrativos con competencia en el ámbito de la salud pública y seguridad alimentaria, supranacional, nacional, autonómico y local, exige disponer de unas redes de información que mantengan interconectados a todos los estamentos implicados en el control oficial, redes que, si bien son importantes para la gestión en situaciones de normalidad, se hacen mucho más necesarios ante situaciones de emergencia o de crisis. Por ello, en el Capítulo III, la ley contempla la creación de redes de alerta para los incidentes y riesgos relacionados con salud pública y seguridad alimentaria con la finalidad de adoptar medidas especiales en situaciones en las que existe o puede existir un riesgo grave para la salud. Igualmente, la ley faculta expresamente la creación de un gabinete de crisis ante situaciones no solventables mediante las medidas especiales, lo que permitirá disponer de procedimientos organizativos, convenientemente adaptados a la materia, que permitan ser más eficaces en la gestión de dichas situaciones.

V

En el Título III, bajo la denominación «De la actuación de seguridad alimentaria y sanidad ambiental», se incorporan a la realidad legislativa de Castilla y León los profundos cambios que se han producido en estas materias, al tiempo que permite abordar nuevos retos y asume las definiciones y conceptos de la normativa que emana de la Unión Europea.

Las políticas tradicionales de seguridad de los alimentos han sido objeto de revisión como consecuencia de las distintas crisis alimentarias que pusieron en evidencia los puntos débiles de la seguridad sanitaria de determinados productos alimentarios, del gran dinamismo tecnológico del sector agroalimentario, del libre comercio en la Unión Europea y de los complejos procesos de producción globalizados mundialmente. Por ello, las políticas de seguridad alimentaria se han orientado hacia nuevos enfoques de control y cooperación entre sectores y hacia un nuevo planteamiento global e integrado sobre el control de la cadena alimentaria sustentado en sólidas bases científicas y técnicas.

Estos hechos han determinado que en esta ley se instrumente el control alimentario como un proceso integral que abarca «de la granja a la mesa». Superados los procedimientos tradicionales que estaban sustentados en un control de alimentos, especialmente en las últimas fases de la cadena alimentaria, asentando a través del Comité de Control Oficial de la Cadena Alimentaria, las bases para una mejor coordinación del control oficial a lo largo de todos los procesos de obtención de alimentos. Esta realidad determina que, con esta ley, se integren hacia un mismo fin aquellas referencias legislativas que tienen incidencia en distintos operadores de la cadena alimentaria, como es la Ley 6/1994, de 19 de mayo, de Sanidad Animal de Castilla y León, pionera en la concepción

integral de la sanidad animal desde su repercusión en la salud pública y en las etapas posteriores a la producción primaria.

La presente ley redefine el marco de responsabilidades dentro del ámbito de la seguridad alimentaria en coherencia con las orientaciones dimanadas de la Unión Europea. La responsabilidad de la seguridad recae, en primer lugar sobre los operadores del sector, correspondiendo a las administraciones competentes el establecimiento de sistemas de control oficial que garanticen el cumplimiento de las obligaciones por parte de los primeros. La población consumidora, por su parte, tiene el derecho de ser informada de manera permanente y de asumir su responsabilidad en el almacenamiento y manipulación de los alimentos en su hogar.

Por ello, esta norma, que entiende que el concepto de seguridad alimentaria evoluciona en el tiempo y en el ámbito de la realidad social y económica de los pueblos, no sólo tiene como objetivo garantizar que los productos alimenticios que se ofrecen en los mercados cumplen las necesarias condiciones de inocuidad para la población consumidora sino que, más allá de ello, trata de estimular en el conjunto del sector una cultura de excelencia en todas las etapas de la producción, la transformación y la distribución, tanto de materias primas como productos elaborados, disminuyendo y controlando, desde la perspectiva de la salud de la población, todo el abanico de posibles riesgos asociados al consumo de los alimentos. En este sentido la ley permite incorporar aquellos retos y estándares que nuestra sociedad demande en un futuro en materia de seguridad alimentaria, como puedan ser la calidad alimentaria y nutricional.

La nueva política de seguridad alimentaria que ha sido plasmada en la ley y que es también aplicable a la sanidad ambiental, se sustenta en el análisis de riesgo, entendido como un proceso formado por tres elementos interrelacionados: determinación o evaluación del riesgo, gestión del riesgo y comunicación del riesgo.

La evaluación del riesgo es un proceso con fundamento científico caracterizado por su transparencia, excelencia e independencia. Estas características de la evaluación han sido la génesis de los comités científicos que se crean en la presente norma.

Otro aspecto novedoso que recoge la ley es el reflejado en el ámbito de la sanidad ambiental, definida esta como el conjunto de actuaciones que realizan las administraciones sanitarias con el fin de proteger la salud de la población de los riesgos físicos, químicos y biológicos del medio. La ley regula, en este sentido, las responsabilidades de los titulares de establecimientos, instalaciones, servicios e industrias relacionadas con los factores ambientales, impulsa la implantación de los sistemas de autocontrol de las actividades de riesgo y mejora la información a la población sobre los contaminantes con efectos perjudiciales para la salud.

La exposición a diferentes factores físicos, químicos y biológicos que están presentes en el ambiente es causa de efectos sobre la salud de los ciudadanos, ya sea de manera puntual o de manera continuada. Los posibles peligros ambientales a los que cada individuo está expuesto pueden ser múltiples, y las circunstancias y duración de las exposiciones, difíciles de cuantificar.

En los últimos años, la sociedad ha experimentado cambios tecnológicos, industriales y de ocio que han originado la aparición de nuevos tipos de instalaciones que, si bien han contribuido a mejorar el bienestar y la calidad de vida, también han introducido situaciones potenciales de riesgo para la salud de los ciudadanos.

Las relaciones entre medio ambiente y salud son complejas, por lo que se hace necesario actuar abordando los principales problemas ambientales que puedan incidir en la salud de los ciudadanos, teniendo como base la prevención.

Todo lo expuesto debe entenderse desde una concepción de la sanidad ambiental que enfatiza los puntos comunes entre salud y desarrollo sostenible, se centra en los determinantes económicos y ambientales de la salud y en los medios para orientar la inversión económica hacia su compatibilidad con el uso sostenible de los recursos y la mejora de la protección de la salud.

Asimismo, deben mejorarse los sistemas de coordinación, intervención y vigilancia del impacto de los determinantes ambientales en la salud, lo que ha originado la creación del Comité de Vigilancia Sanitaria Ambiental.

VI

El Título IV regula en cuatro capítulos, el régimen administrativo de intervención de las autoridades sanitarias en las actividades, públicas o privadas, que puedan provocar riesgos sobre la salud pública, insertando en el ordenamiento jurídico un marco estable que asegure a las administraciones públicas desarrollar eficazmente las funciones de control oficial.

En su Capítulo I se concreta quiénes son autoridad sanitaria y se introduce en nuestro ordenamiento jurídico la condición del agente de la autoridad sanitaria para los profesionales de salud pública que participan en las funciones de inspección y control oficial y vigilancia epidemiológica. La ley determina para qué están facultados los mencionados agentes en el ejercicio de sus funciones.

El Título enumera los mecanismos por los que las autoridades sanitarias verifican el cumplimiento de la normativa sanitaria por las entidades, empresas; las actividades de las que puede derivarse un riesgo para la salud pública y la seguridad alimentaria. Regula expresamente las diferentes medidas por las que las administraciones competentes pueden limitar el ejercicio de los derechos y libertades, tanto respecto a entidades, empresas y actividades incluidas en el ámbito de esta ley como frente a los individuos o grupos de personas, en caso de existencia o sospecha de un riesgo inminente y extraordinario para la salud.

La prerrogativa de intervención ante situaciones que puedan suponer un riesgo para la salud con la necesaria inmediatez de respuesta que ello supone se encuentra amparada por el principio de precaución o cautela, facultando a las autoridades sanitarias a la adopción de medidas especiales rodeadas siempre de principios rectores y de los derechos y obligaciones correspondientes a las partes implicadas.

El Título V complementa el régimen general de las infracciones previsto hasta ahora en múltiples normas, como Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, o el Real Decreto 1945/1983, de 22 de junio, por el que se regulan las infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y de la producción agroalimentaria, entre otras.

En este sentido, se ha hecho un importante esfuerzo en orden a incluir en el catálogo de infracciones hechos que hasta ahora quedaban fuera del ámbito sancionador fruto de los requerimientos de la constante evolución de la salud pública y seguridad alimentaria, cuya normativa se ve frecuentemente modificada y ampliada. Todo ello presidido por el espíritu garantista de los intereses ciudadanos y la observancia de los principios generales del ordenamiento jurídico.

VII

De entre las disposiciones finales del texto resulta de especial mención, la Disposición Final Primera, por la que se modifica la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación del Sector Farmacéutico de Castilla y León para dar respuesta a las necesidades y problemas surgidos después de casi una década de vigencia de la misma.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

1. Esta ley tiene como objeto establecer el marco normativo para el conjunto de actuaciones, medidas preventivas y servicios por los que las administraciones públicas de Castilla y León promoverán y tutelarán la salud pública y la seguridad alimentaria, de acuerdo con lo establecido en los artículos 16.16 y 74 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Castilla y León.

2. Asimismo, se incluye en esta disposición normativa el régimen general de las obligaciones de las personas físicas o jurídicas que realicen actividades que pueden tener incidencia sobre la salud individual o colectiva, en el ámbito del apartado anterior.

Artículo 2. *Principios generales.*

Son principios generales de esta ley:

a) La protección, promoción y prevención, como fundamento de la salud pública.
b) La atención integral, multidisciplinar e intersectorial de la salud pública.
c) La precaución o cautela en el ámbito de la vigilancia sanitaria y control oficial y el análisis del riesgo como metodología sistemática para establecer las medidas o acciones eficaces, proporcionadas y específicas para proteger la salud.
d) La transparencia respecto a la gestión de los riesgos y el tratamiento de la información de la salud pública.
e) La equidad y superación de las desigualdades territoriales, sociales, culturales y de género en la gestión de los recursos de la salud pública.
f) La participación social en los órganos del Sistema de Salud de Castilla y León en los que estén representados todos los interesados en la protección de la salud.
g) La garantía de la intervención en salud pública, tanto individual como colectiva.
h) La aplicación de los principios de seguridad alimentaria para garantizar que los productos destinados a ser enviados al resto de España, a otro Estado Miembro de la Unión Europea o a terceros países se controlan con el mismo rigor que los destinados a comercializarse en Castilla y León.
i) El reconocimiento, la experiencia, la motivación, y la formación de los profesionales sanitarios de la salud pública como uno de los elementos de garantía de calidad de esta prestación.
k) La coordinación entre las administraciones públicas con competencias en lo establecido en la presente ley en los ámbitos local, nacional, de la Unión Europea y organismos internacionales, en el marco de la legislación que les sea de aplicación.
l) La colaboración entre los distintos órganos de las administraciones públicas y entre estas y las entidades y los ciudadanos.
m) El fomento de la responsabilidad individual y colectiva y el autocontrol en materia de salud pública.

TÍTULO I

La prestación de salud pública

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 3. *La prestación de salud pública.*

1. La prestación de salud pública del Sistema Público de Salud de Castilla y León es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población en los términos previstos en la normativa básica estatal.
2. A los efectos de esta ley y en el marco de lo establecido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la prestación de la salud pública del Sistema Público de Salud de Castilla y León comprenderá las siguientes actuaciones:

a) Información y vigilancia epidemiológica.
b) La protección a la salud.
c) La promoción de la salud.
d) La prevención de las enfermedades y las deficiencias.
e) La promoción y protección de la sanidad ambiental.
f) La promoción y la protección de la salud laboral.
g) La promoción de la seguridad alimentaria.
h) La ordenación e inspección sanitaria.
i) La ordenación e inspección farmacéutica.

j) La investigación biosanitaria y biotecnológica.
k) La formación.
l) La información sanitaria.
m) El control analítico en laboratorios.

Artículo 4. *Gestión de las actuaciones de la prestación de salud pública.*

Las Administraciones sanitarias podrán realizar las actuaciones a que se refiere el artículo 3 mediante alguna de las siguientes formas:

a) Directamente, a través de sus propios órganos, organismos administrativos, o de las entidades de derecho público o privado que se constituyan.
b) Indirectamente, mediante cualquiera de las formas contractuales establecidas en la Ley de Contratos del Sector Público o mediante fórmulas de colaboración permitidas por el ordenamiento jurídico.

Artículo 5. *Profesionales de la prestación de salud pública.*

1. A los efectos de esta Ley, son profesionales de la prestación de salud pública aquellos que por su formación y desempeño de actividad especializada poseen la aptitud necesaria para desarrollar todas o alguna de las actuaciones que comprende la prestación de salud pública.
2. Los profesionales de la prestación de salud pública deberán tener las titulaciones, conocimientos, habilidades y actitudes precisas para que, en función de su puesto de trabajo, sean capaces de realizar algunas o todas las tareas que se incluyan en las siguientes funciones:

a) Analizar la situación de la salud de la Comunidad Autónoma.
b) Analizar la relación de los factores de riesgo con los problemas de salud junto con su impacto en los servicios sanitarios.
c) Controlar las situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública.
d) Contribuir a la definición de la política de salud colectiva.
e) Impulsar la participación social y aumentar el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud.
f) Gestionar los servicios y medios sanitarios para la consecución de los objetivos de las actuaciones de la prestación de salud pública.
g) Fomentar el cumplimiento de las garantías de calidad de la prestación de salud pública.
h) Realizar inspecciones y otros actos de control oficial.
i) Prevenir y luchar contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades.
j) Aquellas otras que se determinen por la consejería competente en materia de sanidad.

3. La Comunidad de Castilla y León organizará a los profesionales de la prestación de salud pública valorando sus conocimientos, experiencia en las tareas o funciones establecidas en esta Ley y el mérito respecto al cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.
4. La naturaleza de las actividades y el nivel de especialización requerido a los profesionales implicados en la prestación de la salud pública y la seguridad alimentaria determinará una adecuada correspondencia de estas actividades con los niveles y complementos de las plazas que ocupen. Esta correspondencia se establecerá para todos los profesionales de las diferentes estructuras de la organización administrativa recogida en el artículo 18 de esta Ley.
5. Los profesionales de salud pública tienen derecho al reconocimiento de su desarrollo profesional en los términos expresados en el Capítulo I del Título IV de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
6. Para el acceso a la función pública, se utilizará con carácter general el sistema de concurso oposición, en términos similares al utilizado por el Servicio de Salud de Castilla y

León, cuando por la naturaleza de las funciones a desempeñar se hayan de valorar determinados méritos o niveles de experiencia.

CAPÍTULO II

Actuaciones de la prestación de salud pública

Artículo 6. *La protección de la salud y la promoción de la salud.*

1. La protección de la salud y la promoción de la salud son el conjunto de procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La participación es esencial para sostener la acción en materia de protección y promoción de la salud.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Diseño e implantación de políticas de salud para la protección de riesgos para la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

b) Capacitación de las personas con el fin de implementar estilos de vida saludables.

c) Promover líneas estratégicas y programas de actuación para la identificación de factores de riesgo y problemas de salud colectiva.

d) Establecer prioridades para resolver los problemas de salud colectiva.

e) Promover la educación para la salud.

f) Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, mediante el desarrollo de la prevención y promoción de la salud consecuente con la realidad socio-sanitaria.

g) Establecer los mecanismos de transmisión de información idóneos.

Artículo 7. *Prevención de las enfermedades y de las deficiencias.*

1. La prevención de la enfermedad es la acción del sector sanitario que pretende la reducción de los riesgos para la salud de la población.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Fomentar la motivación, formación, y desarrollo de las habilidades personales y la autoestima necesaria para adoptar e implementar medidas sanitarias destinadas a prevenir las enfermedades y las deficiencias.

b) Impulsar la creación de ambientes saludables que eviten el desarrollo de ciertas patologías, así como la detección y control de aquellos determinantes que pudieran alterar la salud de las poblaciones.

c) Promocionar estilos de vida saludables entre la población, así como el desarrollo de actividades que mejoren la salud y prevención de las enfermedades en los grupos de mayor riesgo.

d) Vigilar el estado de salud de las poblaciones, mediante la identificación de posibles riesgos y el impulso en el desarrollo de medidas de control.

Artículo 8. *Información y vigilancia epidemiológica.*

1. La información y vigilancia epidemiológica es el conjunto de actividades sistemáticas de obtención, depuración, análisis, interpretación y difusión de información que permite medir la aparición, frecuencia y distribución de diferentes problemas de salud y de sus factores determinantes para desarrollar acciones orientadas a proteger o mejorar la salud.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Identificar la aparición y las variaciones en la distribución y tendencia de los problemas de salud y de sus factores determinantes de interés sanitario.

b) Investigar los problemas de salud en función de los niveles de intervención y proponer medidas de control individuales y colectivas.

c) Aportar información para la planificación y evaluación de las estrategias de intervención que puedan ser aplicadas para la prevención y control de los problemas de salud.

d) Iniciar las primeras actuaciones de respuesta para el control en situaciones que requieren acción inmediata por su potencial peligro para la salud colectiva.

e) Promover el establecimiento de redes de vigilancia epidemiológica.

Artículo 9. *Ordenación e inspección sanitaria.*

1. La ordenación sanitaria es el conjunto de intervenciones relativas a la autorización, registro, control e inspección de los centros, establecimientos, servicios y actividades sanitarias que tienen como finalidad vigilar y proteger la salud pública y seguridad de los ciudadanos.

2. Constituyen objetivos de esta actuación:

a) Asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la legislación en materia de autorización de los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias, independientemente de su titularidad y nivel.

b) Promover la calidad y seguridad de la asistencia que se presta en los centros, servicios y establecimientos sanitarios, mediante las medidas de inspección y control adecuadas.

c) Velar por el cumplimiento de la legislación en materia de salud pública, garantizando, entre otras, la calidad en las exploraciones de medicina nuclear, radiodiagnóstico y radioterapia.

d) Certificar las condiciones sanitarias en espectáculos taurinos.

e) Control del adecuado tratamiento de los residuos sanitarios, sin perjuicio del control que corresponda a la consejería competente en materia de medio ambiente.

f) Impulsar el cumplimiento de la normativa tanto relativa al consumo de tabaco, en el marco de la distribución competencial establecida como, en general, a cualquier sustancia que pudiera resultar perjudicial tanto para la salud de la persona que la consume como para otras personas.

g) Garantizar que la publicidad sanitaria y la promoción de aquellos productos y actividades con repercusión sobre la salud se ajusta a criterios de veracidad.

h) Asegurar el cumplimiento de la normativa en materia de sanidad mortuoria, dada la repercusión sobre la salud pública.

i) Control e inspección de aquellas actividades que, sin estar sometidas a régimen de autorización sanitaria, puedan tener consecuencias sobre la salud pública.

Artículo 10. *Promoción de la seguridad alimentaria.*

1. La promoción de la seguridad alimentaria consiste en el conjunto de actuaciones encaminadas a comprobar que todas las etapas de la cadena alimentaria, producción, transformación y distribución de alimentos, se desarrollen utilizando procedimientos que garanticen, a la luz de los conocimientos científicos disponibles y sin perjuicio de la aplicación del principio de precaución, un nivel elevado de protección de la salud de la población.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Velar por el cumplimento de la legislación sobre seguridad alimentaria y controlar y verificar que los titulares de las empresas y establecimientos cumplen los requisitos exigidos por dicha legislación en todas las etapas de la producción, transformación y distribución, mediante el mantenimiento de un sistema de control oficial.

b) Evaluar, gestionar y comunicar los riesgos asociados al consumo de alimentos, mediante la identificación y caracterización de los posibles peligros en todas las fases de la producción, la transformación y la distribución de los alimentos.

c) Impulsar la implantación de sistemas de autocontrol en las empresas alimentarias como la herramienta idónea para garantizar la inocuidad de los alimentos.

d) Fomentar la participación de los sectores involucrados en la seguridad alimentaria, en especial de la población consumidora, y de sus organizaciones representativas, de los agentes económicos y de la comunidad científica.

e) Abordar el ejercicio de sus competencias considerando el conjunto del proceso alimentario desde la obtención de la materia prima hasta su consumo.

Artículo 11. *Promoción y protección de la sanidad ambiental.*

1. La sanidad ambiental constituye el conjunto de actuaciones de las administraciones sanitarias destinadas a proteger y promover la salud de la población ante los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Mejorar la salud de la población, identificando, vigilando y evaluando los factores ambientales de riesgo que puedan afectar negativamente a la salud.

b) Velar por el cumplimiento de la legislación en materia de sanidad ambiental.

c) Impulsar la implantación de sistemas de autocontrol en las instalaciones o actividades con riesgo para la salud.

d) Desarrollar la cooperación y fomentar la coordinación de los ámbitos sanitario, medioambiental y científico con las corporaciones locales y responsables de instalaciones o actividades con riesgo.

e) Mejorar la información a la población integrando los datos existentes del medio y la salud para favorecer la comprensión y concienciación de la relación entre contaminación y efectos perjudiciales para la salud.

Artículo 12. *Ordenación e inspección farmacéutica.*

1. La ordenación farmacéutica se configura como el conjunto de acciones dirigidas a la planificación, autorización, registro, control e inspección de todas las empresas, establecimientos y servicios a través de los que se realiza la atención farmacéutica a la población, incidiendo en el control del Sistema de Garantía de Calidad en los establecimientos donde se fabrican y distribuyen medicamentos. Comprende también las actuaciones dirigidas al control, registro e inspección de los establecimientos donde se fabriquen, distribuyan o dispensen productos sanitarios.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Garantizar una adecuada asistencia farmacéutica.

b) Desarrollar la planificación, la autorización y la inspección de los establecimientos y servicios farmacéuticos conforme a los principios de eficacia y atención integral de la salud pública.

c) Implementar los mecanismos precisos para verificar el cumplimiento de la normativa vigente mediante las actuaciones de inspección y el control de los establecimientos y servicios donde se fabrican, dispensan o distribuyen medicamentos y productos sanitarios, cosméticos, de higiene y estética, y biocidas de uso en higiene personal.

d) Fomentar el uso racional de los medicamentos.

e) Asegurar el cumplimiento de la normativa vigente con el fin de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y productos sanitarios cosméticos, de higiene y estética, y biocidas de uso en higiene personal.

f) Verificar eficazmente el cumplimiento de las normas de correcta fabricación y distribución.

g) Verificar el cumplimiento de las buenas prácticas de farmacovigilancia, así como las buenas prácticas de laboratorios.

h) Evaluación y autorización de la investigación con medicamentos ya comercializados, así como la inspección en materia de ensayos clínicos.

i) Establecer los controles precisos para garantizar que la publicidad de medicamentos destinada al público en general se haga conforme a lo dispuesto en las leyes.

Artículo 13. *Promoción y protección de la salud laboral.*

1. La promoción y protección de la salud laboral constituye el conjunto de actuaciones sanitarias colectivas e individuales que se aplican a la población trabajadora con la finalidad de evaluar, controlar y hacer un seguimiento de su estado de salud, con el fin de detectar signos de enfermedades derivadas del trabajo y tomar medidas para reducir la probabilidad de daños o alteraciones de la salud.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Fomentar la cultura de la prevención y la promoción de la salud en el trabajo y en la sociedad de Castilla y León.

b) Disminuir la patología derivada del trabajo.

c) Promover la detección precoz de la patología relacionada con el trabajo.

d) Impulsar el diagnóstico de la enfermedad profesional y su reconocimiento.

e) Prestar especial atención a colectivos laborales de especial riesgo.

f) La coordinación entre las administraciones y otros organismos implicados en materia de salud laboral para hacer efectivas las previsiones contenidas en la normativa de aplicación y en particular, en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

g) Fomentar la mejora de la calidad de la vigilancia de la salud realizada a los trabajadores.

h) Impulsar un sistema de información en salud laboral integrado con el resto de los sistemas de información sanitaria.

i) Fomentar la formación en materia de salud laboral a todos los colectivos implicados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología de origen laboral, así como en su notificación y declaración como contingencia profesional.

j) Implementar los mecanismos precisos para verificar el cumplimiento de la normativa vigente relativa a los requisitos técnicos y condiciones mínimas exigibles a las unidades de medicina del trabajo de los servicios de prevención de la Comunidad de Castilla y León mediante las actuaciones de inspección y control de dichas unidades.

Artículo 14. *Investigación biosanitaria y biotecnológica.*

1. La investigación biosanitaria y biotecnológica en el ámbito sanitario comprende las acciones en materia de investigación básica, clínica, en salud pública, seguridad alimentaria en servicios de salud y aplicada. Asimismo, busca mejorar la salud de la ciudadanía, la satisfacción de los profesionales y el fortalecimiento de las instituciones en este ámbito, sin perjuicio de lo que señala la Ley 17/2002, de 19 de diciembre, de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica en Castilla y León.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Coordinar, gestionar y asesorar la investigación, el desarrollo y la innovación y la coordinación con el Sistema Nacional de Salud y otros estamentos nacionales e internacionales dedicados al efecto.

b) Impulsar los mecanismos de fomento y promoción de la investigación, el desarrollo y la innovación, así como la cooperación entre centros sanitarios castellanos y leoneses con otros nacionales e internacionales.

c) Planificar los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros necesarios para un adecuado desarrollo en este ámbito.

d) La promoción y el fomento de una formación adecuada a las necesidades de los centros de investigación sanitaria.

e) Asegurar a través de mecanismos de evaluación que las actividades de investigación, desarrollo e innovación cumplen unos elevados estándares de calidad, de forma que estas actividades puedan ser reconocidas tanto a nivel nacional como internacional.

f) Garantizar que la actividad investigadora y de transferencia de resultados a la práctica clínica se desarrolla y se sustenta científicamente.

g) Considerar los centros de investigación sanitaria de Castilla y León como plataformas de cooperación tecnológica e innovación para el sector privado.

h) Impulsar la creación de una entidad que fomente la investigación biomédica en el ámbito del Sistema de Salud de Castilla y León.

i) Impulsar la promoción, coordinación, fomento y desarrollo de actividades de investigación biosanitaria y biotecnológica de ámbito sanitario.

Artículo 15. *Formación.*

1. La formación puede definirse como el proceso metodológico de aprendizaje de los profesionales de la Administración de Castilla y León para dar respuestas a las demandas

técnicas y tecnológicas y a los cambios en las tareas encomendadas, para la consecución de los objetivos incluidos en las actuaciones de la prestación de salud pública del Sistema Público de Salud de Castilla y León.

2. La formación tiene entre sus principales objetivos:

a) Impulsar la competencia de los profesionales de la prestación de salud pública, y su adecuación a los requisitos formativos y de actualización de sus puestos de trabajo.

b) Fomentar la actualización de los conocimientos y habilidades de los profesionales de la prestación de salud pública.

c) Conjugar acciones formativas de las instituciones públicas y de otras entidades que así lo demanden a través de acuerdos de colaboración.

d) Proponer a las autoridades sanitarias y académicas la fijación de criterios para la acreditación de los programas formativos en salud pública.

e) Participar, junto con las universidades de Castilla y León y otras organizaciones, en la elaboración y desarrollo de programas de formación continua y acciones formativas adaptadas a las necesidades de los profesionales de salud pública, así como promover el desarrollo de programas formativos especializados en aquellas áreas donde no exista suficiente oferta formativa.

Artículo 16. *Información sanitaria.*

1. La Consejería competente en materia de Sanidad establecerá mecanismos de información, de publicidad y de divulgación continuada con la finalidad de informar a los ciudadanos de las cuestiones más relevantes en las materias recogidas en esta ley.

2. Son objetivos de esta actuación:

a) Desarrollar los mecanismos y estrategias adecuadas para comunicar a la población cualquier situación que pudiera entrañar un riesgo para la salud y que permita la adopción de medidas preventivas.

b) Promover campañas de divulgación y publicidad dirigidas a la población que fomenten el conocimiento y la adquisición de hábitos saludables en el consumo y de elaboración segura de alimentos.

c) Procurar que la información sea accesible, comprensible, adecuada, coherente y coordinada para contribuir a incrementar la confianza de los ciudadanos en el Sistema Público de Salud de Castilla y León.

d) Implantar los registros y métodos de análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones relacionadas con la salud individual y colectiva de las que puedan derivarse acciones de intervención, así como los sistemas de información y estadísticas sanitarias.

e) Elaboración y difusión de informes periódicos sobre el estado de salud de la población, principales enfermedades y riesgos, garantizando el acceso a los mismos mediante los avances tecnológicos de la sociedad de la información y otros medios que se consideren apropiados.

f) Establecimiento de sistemas de comunicación y redes de alertas, que garanticen el intercambio de la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos de esta ley.

Artículo 17. *Control analítico en laboratorios.*

1. Corresponde a los laboratorios de control oficial llevar a cabo las tareas de control analítico, en el ámbito de la prestación de la salud pública, seguridad alimentaria y sanidad ambiental, de las muestras tomadas por los agentes de la autoridad sanitaria en cumplimiento de sus funciones de vigilancia y control en el marco de los planes, programas o actuaciones de control oficial.

2. El control analítico en los laboratorios de control oficial tendrá los siguientes objetivos:

a) Prestar los servicios analíticos basados en las buenas prácticas profesionales y en la calidad de los ensayos.

b) Apoyar técnicamente, mediante la realización de ensayos, la verificación del grado de confianza de los autocontroles realizados por los operadores o responsables de actividades.

c) Apoyar técnicamente, mediante la realización de ensayos, la decisión sobre la inocuidad o seguridad de los alimentos.

d) Realizar los ensayos que permitan evaluar el impacto que los contaminantes tienen sobre la salud de los consumidores.

e) Apoyar los estudios epidemiológicos que se lleven a cabo en relación con la detección y control de riesgos, especialmente en casos de brotes epidémicos.

f) Elaborar y mantener permanentemente actualizada la cartera de servicios en el marco de la planificación que determine el Centro Directivo de la Consejería responsable de los mismos.

g) Realizar las actividades de ensayo de cada laboratorio conforme a los requisitos establecidos en las normas de control y vigilancia oficial con objeto de garantizar su competencia técnica y la calidad de sus resultados.

3. A tal fin, se crea una Red de Laboratorios de Control Oficial de Castilla y León que practiquen las pruebas analíticas que, con significado sanitario, se realizan en el ámbito de la salud pública, seguridad alimentaria y sanidad ambiental.

4. La Red contemplada en el apartado anterior, se coordinará con cualquier otra red de laboratorios oficiales en las que se realicen ensayos que tengan relación con la salud pública y, en especial, la seguridad alimentaria y sanidad ambiental.

TÍTULO II

Organización de la Salud Pública y Seguridad Alimentaria

CAPÍTULO I

Organización administrativa y territorial

Artículo 18. *Organización administrativa y territorial.*

1. Las actuaciones de salud pública se llevarán a cabo, con carácter de integralidad, desde las estructuras administrativas de salud pública centrales y periféricas, desde las estructuras de atención primaria y hospitalaria, así como desde las estructuras y puestos sanitarios de cualquier departamento de la Junta de Castilla y León.

2. 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. Se configurarán tomando como referencia las zonas básicas de salud, atendiendo al número de entidades y empresas, factores de carácter geográfico, al número de industrias y establecimientos alimentarios, a factores ambientales, demográficos, sociales, epidemiológicos y viarios, y a cualesquiera otros criterios que pudieran valorarse para satisfacer el interés público y respetando el ámbito de la provincia.

3. Actuarán como criterios complementarios para la delimitación de las demarcaciones sanitarias los recursos existentes en las diversas zonas básicas de salud y la zonificación existente o que fuese establecida por la administración de la Comunidad de Castilla y León.

Artículo 19. *Equipos de Salud Pública.*

1. Los Equipos de Salud Pública son los órganos colegiados multidisciplinares de cada una de las demarcaciones sanitarias, que se organizarán bajo el principio general de polivalencia de funciones de las personas que lo componen, para asegurar fundamentalmente el cumplimiento de las funciones de inspección y control oficial reguladas en esta ley y la normativa que sea de aplicación.

2. Cada equipo de salud pública actuará bajo la dirección y supervisión de un coordinador con la finalidad de asegurar el adecuado funcionamiento del equipo y la coordinación con el resto de estructuras del sistema sanitario y entidades locales existentes en el ámbito respectivo.

3. Igualmente, dichos equipos podrán coordinarse con cualquier otra estructura comarcal establecida por la Junta de Castilla y León en el marco de los programas que especialmente en el ámbito de la seguridad alimentaria y sanidad ambiental se establezcan.

4. La constitución, composición y funciones de los equipos de salud pública se establecerán reglamentariamente.

CAPÍTULO II

Competencias

Artículo 20. *Competencias de la Junta de Castilla y León.*

Corresponden a la Junta de Castilla y León, en los términos establecidos en esta ley, las siguientes atribuciones:

a) Definir la política sanitaria en materia de salud pública y seguridad alimentaria del Sistema de Salud de Castilla y León.
b) Ejercer las facultades de intervención en los términos establecidos en la presente ley.
c) El ejercicio de la potestad sancionadora en los términos previstos en la presente ley.
d) Cualquier otra que le sea atribuida por el ordenamiento jurídico.

Artículo 21. *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, en los términos establecidos en esta ley, las siguientes atribuciones:

a) La organización y gestión de los recursos necesarios para la consecución de los objetivos que comprende la prestación de salud pública.
b) La vigilancia e intervención epidemiológica frente a situaciones de riesgo de la salud colectiva, sin perjuicio de las que corresponden a la Junta de Castilla y León.
c) La dirección, coordinación y programación del control oficial sobre los aspectos sanitarios relacionados con la producción, trasformación, y distribución de alimentos y productos relacionados directa o indirectamente con la alimentación, incluida su autorización, sin perjuicio de las competencias de la consejería competente en materia de producción primaria.
d) La vigilancia y control sanitario sobre los productos químicos, biocidas y los riesgos biológicos, incluidas las zoonosis no alimentarias, sin perjuicio de las competencias de la consejería competente en materia de producción primaria.
e) La atención al medio ambiente en cuanto a su posible repercusión sobre la salud humana, en los términos previstos en el artículo 11 de la presente ley, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras consejerías, en particular, la consejería competente en materia de medio ambiente y otras administraciones públicas.
f) La autorización y registro sanitario de establecimientos, modificación y cierre de las empresas e industrias que realicen actividades que tengan incidencia sobre la salud colectiva.
g) La definición de la estructura básica y características que han de reunir las redes de alertas y los sistemas de información, así como su implementación, a los efectos de garantizar un adecuado soporte de las decisiones que afectan al sistema sanitario y de salud pública.
h) La autorización y registro para la creación, modificación, traslado y supresión o cierre de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
i) El ejercicio de la potestad sancionadora y de intervención pública, en los términos previstos en la presente ley.
j) La dirección y programación de las actividades de vigilancia sanitaria de los riesgos para la salud derivados de la contaminación del medio en que se desenvuelve la vida.
k) La dirección, coordinación y programación de actividades de los laboratorios oficiales designados para realizar los ensayos ligados al control oficial en el campo de la seguridad alimentaria y la sanidad ambiental.
l) El desarrollo y gestión de cuantos registros, censos y sistemas de información sean necesarios en materia de salud pública y seguridad alimentaria.
m) Cualquier otra que le sea atribuida por el ordenamiento jurídico.

Artículo 22. *Competencias de las corporaciones locales.*

De acuerdo con lo establecido en la legislación básica estatal y en esta ley, las corporaciones locales, sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:

a) Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.
b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico-deportivas 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 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) Autorización y control del sacrificio de animales de la especie porcina para autoconsumo.
h) El ejercicio de la potestad sancionadora en los términos establecidos en la presente ley.
i) El ejercicio de las demás competencias que les atribuyan la normativa sectorial en el ámbito de la salud.

CAPÍTULO III

Organización de las redes de vigilancia y gabinetes de crisis

Artículo 23. *La Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.*

1. La Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León está constituida por sistemas básicos y específicos de vigilancia epidemiológica.
Los sistemas básicos estarán constituidos por:

a) Sistema de declaración de enfermedades de declaración obligatoria.
b) Situaciones epidémicas y brotes.
c) Sistema de Alertas Epidemiológicas y su respuesta rápida.
d) Sistemas de Información Microbiológica.

Los sistemas específicos estarán integrados por:

a) Sistema de vigilancia epidemiológica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
b) Sistema centinela de vigilancia de la gripe.
c) Registro de programa de prevención y control de la tuberculosis.
d) Sistema Centinela.
e) Registro de enfermedades integradas en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en la Red de Vigilancia Epidemiológica y Control de las Enfermedades Transmisibles en Europa.
f) Encuestas periódicas de serovigilancia y otros sistemas de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles.

2. Lo establecido en el apartado anterior se entiende sin perjuicio de cuanto se establezca en la normativa nacional o europea de aplicación.

Artículo 24. *Red de Alertas Farmacéuticas de Castilla y León.*

1. La Red de Alertas Farmacéuticas de Castilla y León tiene como objetivo la recepción, notificación, seguimiento y cierre de las alertas relativas a los riesgos de los medicamentos y productos sanitarios, cosméticos y de higiene y estética.

2. El centro directivo competente de la consejería competente en materia de sanidad será el responsable de la notificación, el seguimiento y cierre de las alertas farmacéuticas, pues es el punto de contacto para la gestión de las alertas emanadas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

3. Se entiende por alerta farmacéutica aquella situación derivada de los riesgos que se puedan producir en la población por el consumo de medicamentos y productos sanitarios, una vez comercializados, que obliguen a su retirada inmediata.

4. Lo establecido en los apartados anteriores se entiende sin perjuicio de cuanto se establezca en la normativa nacional o europea de aplicación.

Artículo 25. *Farmacovigilancia.*

1. La Farmacovigilancia se define como la actividad de salud pública que, enmarcada dentro de la prestación de ordenación e inspección farmacéutica, tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de los medicamentos una vez comercializados.

2. La participación de nuestra Comunidad Autónoma en el Sistema Español de Farmacovigilancia se articulará a través del Centro de Farmacovigilancia de Castilla y León, dependiente de la consejería competente en materia de sanidad, teniendo las funciones que le vienen atribuidas en la norma estatal que le sea de aplicación.

Artículo 26. *Red de Alerta Rápida Alimentaria de Castilla y León.*

1. Se constituye la Red de Alerta Rápida Alimentaria de Castilla y León, en adelante Red de Alerta Alimentaria, destinada a notificar los riesgos, directos o indirectos, para la salud colectiva que se deriven de alimentos y que tendrá una configuración similar a la nacional y europea.

2. El centro directivo que tenga atribuidas las funciones en materia de seguridad alimentaria de la consejería competente en materia de sanidad, será el responsable de la gestión de la Red de Alerta Alimentaria y será el punto de contacto a nivel autonómico de la actual red de alerta nacional o de otras de similares características que pudieran constituirse para notificar los riesgos derivados de los alimentos.

Artículo 27. *Red de Alerta Rápida de Sanidad Ambiental de Castilla y León.*

1. Se constituye la Red de Alerta Rápida de Sanidad Ambiental de Castilla y León, en adelante Red de Alerta de Sanidad Ambiental, destinada a notificar los riesgos, directos o indirectos, para la salud colectiva que se deriven de factores ambientales y que tendrá una configuración similar a la nacional y europea.

2. El centro directivo que tenga atribuidas las funciones en materia de sanidad ambiental de la consejería competente en materia de sanidad será el responsable de la gestión de la Red de Alerta de Sanidad Ambiental y será el punto de contacto a nivel autonómico de los sistemas de alerta nacionales o aquellos otros de similares características que pudieran constituirse para notificar los riesgos derivados de los factores ambientales.

Artículo 28. *Criterios generales en relación con las redes de alerta.*

1. Con carácter general y en relación con las redes de alerta, la población tendrá acceso a la información sobre la identificación y la naturaleza del riesgo generado, así como a las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias competentes, salvo que por razones de interés público se le haya otorgado el carácter de confidencial o reservada conforme a lo dispuesto en las leyes.

2. La información a suministrar a la Consejería competente en materia de sanidad en la gestión de las redes de alerta tendrá como límite la invocación del secreto profesional, en los términos establecidos por la legislación vigente.

3. En todos los niveles de las redes de alerta se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

4. Las redes de vigilancia establecidas en el presente capítulo serán atendidas por profesionales sanitarios de la prestación de salud pública, que deberán disponer de las titulaciones, conocimientos, habilidades y aptitudes precisas para tomar las adecuadas medidas de control en circunstancias que requieran respuesta rápida y eficaz.

5. Teniendo en cuenta que las redes de vigilancia del presente capítulo están instauradas a nivel europeo y nacional mediante procedimientos de notificación y actuación permanentes en el tiempo y en los diferentes territorios, reglamentariamente se establecerán los sistemas de guardias que propicien su cobertura en Castilla y León.

6. Con la finalidad de mejorar la calidad y la efectividad de las actuaciones que dimanen de los riesgos correspondientes a cada una de las redes establecidas en éste capítulo, se coordinarán con cualquier otro sistema o red creados en la Comunidad de Castilla y León o establecidos en la legislación estatal.

Artículo 29. *Gabinete de Crisis de Salud Pública.*

1. La Junta de Castilla y León, cuando tenga constancia de la existencia de una situación de crisis que entrañe un grave riesgo directo o indirecto para la salud humana que se derive de actividades, productos o alimentos y que no pueda prevenirse, eliminarse o reducirse a un grado aceptable mediante las medidas especiales establecidas en esta Ley, podrá contar con un gabinete de crisis, de carácter no permanente.

2. En el marco de planes y programas específicos se establecerán las funciones del gabinete de crisis.

TÍTULO III

De la actuación de seguridad alimentaria y sanidad ambiental

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 30. *El control oficial en el ámbito de la seguridad alimentaria y la sanidad ambiental.*

1. El control oficial consistirá en las actuaciones permanentes que lleve a cabo la autoridad competente para verificar el cumplimiento de la legislación en el ámbito de la seguridad alimentaria y sanidad ambiental, basándose principalmente en los siguientes métodos y técnicas: el control, la vigilancia, la verificación, la auditoría, la inspección, el muestreo y análisis.

2. Los controles oficiales, en este ámbito, se realizarán basándose en procedimientos documentados, a fin de asegurar que se llevan a cabo con un criterio uniforme y con una calidad elevada constante.

3. La frecuencia de los controles oficiales debe ser regular y proporcional a la naturaleza del riesgo, teniendo en cuenta los resultados de los propios controles efectuados por los operadores de empresas alimentarias conforme a programas de control basados en sistemas de autocontrol o a programas de aseguramiento de la calidad, cuando estos estén diseñados con la finalidad de cumplir los requisitos de la legislación sobre seguridad alimentaria y sanidad ambiental. También deberán efectuarse controles dirigidos, ante la sospecha de un incumplimiento. Además, podrán efectuarse controles dirigidos en cualquier momento, incluso cuando no haya sospecha de incumplimiento.

4. Para aquellos establecimientos alimentarios con autorización para exportar a terceros países, se llevará a cabo el control oficial teniendo en cuenta, además, los requisitos sanitarios específicos.

5. Con el objeto de elevar la protección de la salud de las personas en relación con la seguridad alimentaria, la Administración de la Comunidad de Castilla y León realizará un

Plan de Control Plurianual Integrado de toda la cadena alimentaria de acuerdo con los requisitos que establezca la Unión Europea y en el marco del Plan Nacional de España.

CAPÍTULO II

Obligaciones de los operadores de las empresas alimentarias

Artículo 31. *Operadores de las empresas alimentarias.*

1. El operador de la empresa alimentaria, en los términos definidos por los reglamentos comunitarios y de acuerdo con los principios establecidos en los citados reglamentos y demás normas de aplicación de la Unión Europea, es el principal responsable legal en materia de seguridad alimentaria.

2. El operador de la empresa alimentaria no comercializará alimentos que no sean seguros, de acuerdo con la normativa establecida por la Unión Europea, nacional y autonómica y, en su defecto, de acuerdo con los conocimientos científicos disponibles.

Artículo 32. *Autocontrol.*

1. Los operadores de las empresas alimentarias deberán crear, aplicar y mantener el conjunto de procedimientos permanentes necesarios que conforman el autocontrol para garantizar la seguridad alimentaria en sus alimentos, en los términos que disponga la normativa aplicable.

2. Los operadores de las empresas alimentarias deberán acreditar que, en todas las etapas de producción, transformación y distribución que tengan lugar en las empresas bajo su control, los alimentos cumplen los requisitos recogidos en la legislación sobre seguridad alimentaria

3. Los operadores de las empresas alimentarias garantizarán la apropiada eliminación, destrucción o canalización de alimentos en mal estado, caducados, decomisos o de subproductos no aptos para el consumo humano o animal hacia las empresas o circuitos establecidos y autorizados conforme a los marcos legales de aplicación, de forma que no puedan ser reintroducidos como parte de alimentos, ni puedan provocar la contaminación del medio ambiente.

Artículo 33. *Trazabilidad.*

1. Los operadores de las empresas alimentarias deberán asegurar la trazabilidad de los alimentos, de los animales destinados a la producción de alimentos y de cualquier otra sustancia destinada a ser incorporada en un alimento o con probabilidad de serlo, en todas las etapas de producción, transformación y distribución.

2. Los operadores de la empresa alimentaria deberán:

a) Poder identificar a cualquier persona que les haya suministrado un alimento, un animal destinado a la producción de alimentos o cualquier sustancia destinada a ser incorporada a un alimento o con probabilidad de serlo.

b) Poner en práctica sistemas y procedimientos para identificar a las empresas a las que hayan suministrado sus alimentos o productos.

c) Poner en marcha, dentro de sus empresas, sistemas de trazabilidad, diseñados en función de la naturaleza de sus actividades, con el fin de establecer un vínculo entre lo establecido en las letras a) y b) de este apartado, de tal manera que sea posible la relación entre las materias primas o alimentos que le son suministrados y los que ellos suministran.

d) Poner en práctica sistemas y procedimientos que permitan que la información derivada de la aplicación de las letras a), b) y c) de este apartado siempre esté a disposición de la autoridad competente.

3. En lo referente a trazabilidad, la información que debe documentarse, el tiempo de respuesta para la disponibilidad de los datos de trazabilidad y el tiempo que debe conservarse esta información será la que determine la normativa vigente, estando esta información en todo caso a disposición de la Consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 34. *Deberes de documentación.*

1. El operador de la empresa alimentaria deberá mantener actualizada, en todo momento, la información relativa a su actividad, que pudiera tener repercusión, desde la perspectiva de la protección de la salud concerniente a la etapa de la producción, transformación y distribución donde opera, así como transmitir la información que corresponda, en su caso, a los diferentes operadores de la cadena alimentaria.

2. Dicha información estará siempre a disposición de la administración encargada de llevar a cabo el control oficial, que en todo momento tendrá acceso a la misma. Por razones de protección de la salud, la autoridad sanitaria dispondrá de acceso, de manera directa e inmediata, a dicha información, incluida la información de base informática, con independencia de la etapa donde opere la empresa alimentaria.

Artículo 35. *Retirada de alimentos y deberes de comunicación.*

1. Los operadores de empresa alimentaria, cuando consideren o tengan motivos para pensar que existe o puede existir un riesgo para la salud y seguridad de los ciudadanos en relación con alguno de los alimentos que hayan importado, producido, transformado o distribuido, deberán proceder a la retirada inmediata del mercado de dichos alimentos.

2. En los supuestos a los que se refiere el párrafo anterior, los operadores de las empresas alimentarias deberán informar a las autoridades sanitarias del motivo determinante de la adopción de la medida a que dicho precepto se refiere. Esta obligación deberá asumirse también respecto a los consumidores si los alimentos o productos se hubieran distribuido.

En este último supuesto, los operadores deberán informar a las autoridades sanitarias de las medidas adoptadas para la protección de los consumidores.

3. La consejería competente en materia de sanidad establecerá los protocolos que regulen los procedimientos de comunicación, colaboración y coordinación a que se refiere el apartado anterior.

Artículo 36. *Otras obligaciones.*

1. Los operadores de las empresas alimentarias estarán obligados a obtener las autorizaciones sanitarias preceptivas, así como cumplir con la inscripción en los registros y censos sanitarios que se establezcan, de acuerdo con la normativa sanitaria básica y la presente ley.

2. Los operadores de las empresas alimentarias deberán implementar en su organización un plan de formación de sus empleados con objeto de garantizar la higiene y seguridad de los alimentos.

CAPÍTULO III

Obligaciones en relación con los factores ambientales

Artículo 37. *Obligaciones de los titulares de los establecimientos e instalaciones en relación con los factores ambientales.*

En los términos previstos en la legislación vigente, las personas físicas o jurídicas, titulares de las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias que realizan actividades que inciden o puedan incidir en la salud de las personas por riesgos físicos, químicos o biológicos, están obligados a:

a) Realizar la inscripción en los censos y registros sanitarios de los establecimientos y actividades establecidos en la normativa que les sea de aplicación.

b) Crear, instaurar y mantener el sistema de autocontrol correspondiente, de acuerdo con la normativa sanitaria que sea de aplicación.

c) Garantizar la formación específica de sus operarios en relación con la sanidad ambiental.

d) Garantizar la apropiada eliminación, destrucción o canalización de sustancias o preparados químicos u otros productos relacionados con factores ambientales que hayan

sido objeto de inmovilización o decomiso hacia empresas o circuitos establecidos y autorizados conforme los marcos legales de aplicación, de forma que no puedan ser reintroducidos en el mercado ni puedan provocar la contaminación del medio ambiente.

e) Facilitar las actuaciones de control oficial y colaborar en las medidas que se adopten para evitar o reducir los riesgos de factores ambientales.

f) Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria competente en el caso de que se detecte la existencia de riesgos para la salud derivados de sus respectivas actividades o productos.

CAPÍTULO IV

Comités de coordinación y asesoramiento

Artículos 38 a 40.

(Derogados)

TÍTULO IV

Intervención de la salud pública y seguridad alimentaria

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 41. *Autoridad sanitaria.*

1. En los términos de la presente ley y de la legislación 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. A los efectos de esta Ley, 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) Acceder a la documentación, en cualquier tipo de soporte, industrial, mercantil y contable de las entidades y empresas sometidas a control oficial, y obtener copia de la misma, así como la obtención de imágenes; todo ello respetando los límites establecidos en la normativa vigente cuando resulte necesario para el cumplimiento de su función.

e) Requerir información o datos a los responsables de entidades, empresas y actividades en los formatos informáticos que establezca la consejería competente o, en su caso, en aquellos formatos de uso frecuente.

f) Adoptar las medidas preventivas previstas en los artículos 49.5, 50 y 51 de la presente Ley, que deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas por la autoridad sanitaria superior que corresponda de acuerdo con las disposiciones reglamentarias de atribución de competencias.

g) Solicitar el soporte, auxilio y colaboración necesarios de cualquier otra autoridad pública, así como de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado y de otros cuerpos policiales locales.

h) Realizar cuantas actuaciones sean precisas en orden al cumplimiento de las funciones de control e inspección que se 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.

CAPÍTULO II

Mecanismos de control

Artículo 42. *Autorizaciones, registros, comunicaciones previas y declaraciones responsables de naturaleza sanitaria.*

1. La exigencia de autorizaciones sanitarias, así como la obligación de someter a registro por razones sanitarias a las empresas o productos, serán establecidas reglamentariamente, tomando como base lo dispuesto en la normativa básica estatal y en esta ley.
2. La instalación, funcionamiento, modificación y cierre de las entidades, empresas y actividades públicas o privadas en el ámbito de la presente ley estarán sometidas a las autorizaciones sanitarias, registros obligatorios o, en su caso, comunicaciones previas y declaraciones responsables en los términos que sean establecidos reglamentariamente, tomado como base lo dispuesto en la normativa básica estatal y en esta ley.
3. Las autorizaciones previstas en este artículo no eximirán de la obtención del resto de autorizaciones, licencias, o títulos administrativos que resulten exigibles por el resto del ordenamiento jurídico.

Artículo 43. *Inspección y control oficial.*

1. Las autoridades sanitarias someterán a las entidades, empresas y actividades sujetas a la presente ley a las inspecciones precisas para verificar el cumplimiento de la normativa sanitaria.
2. Las autoridades sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, habrán de garantizar el cumplimiento de las obligaciones de autocontrol mediante el establecimiento de los mecanismos de vigilancia y control adecuados.
3. El control oficial de la autoridad sanitaria sobre las actividades, públicas o privadas, de las que pueda derivarse un riesgo para la salud pública y la seguridad alimentaria podrá consistir, además de las actuaciones previstas en la normativa básica estatal, en la realización de alguna de las siguientes actuaciones:

a) La realización de auditorías sobre los sistemas de autocontrol o de garantía de calidad de los centros sanitarios, empresas, entidades, establecimientos e industrias.
b) El examen de cualquier documento en soporte físico o informático relacionado con la actividad de dichas entidades.
c) La verificación de los sistemas de garantía de calidad.

4. Los controles oficiales se prestarán sin solución de continuidad mediante un sistema de control permanente que contemple la prestación de servicios especiales y jornadas fuera del horario habitual de trabajo.

Artículo 44. *Organismos colaboradores de la Administración.*

Sin perjuicio de la ejecución de las funciones que representen el ejercicio de la autoridad sanitaria, las actividades específicas de inspección y control oficial podrán ser encargadas a organismos colaboradores de la administración sanitaria debidamente acreditados, de conformidad con lo que establezca la normativa reguladora del sistema de acreditación de este tipo de entidades y la normativa sectorial correspondiente.

CAPÍTULO III

Mecanismos de limitación

Artículo 45. *Medidas preventivas.*

1. En caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias y los agentes de la autoridad sanitaria adoptarán las medidas preventivas que estimen pertinentes en los términos previstos en la presente ley, la normativa básica estatal y demás disposiciones de desarrollo.

2. Podrán adoptarse las siguientes medidas preventivas:

a) Intervención sobre medios personales.
b) Intervención sobre las personas.
c) El cierre de empresas o sus instalaciones o suspensión de actividades.
d) Intervención de medios materiales.
e) Inmovilización de productos.
f) Incautación de productos.
g) Ordenar la retirada, recuperación de productos del mercado y, en su caso, destrucción de los mismos.
h) Cuantas medidas preventivas se consideren sanitariamente justificadas.

3. En cualquier caso, las medidas preventivas habrán de ser proporcionadas a la irregularidad detectada y mantenerse solo durante el tiempo estrictamente necesario para la realización de las diligencias oportunas o, en caso de que la falta de la adecuación a la normativa sea subsanable, el tiempo necesario para la eliminación del hecho que motivó su adopción.

4. Las medidas preventivas reguladas en el presente capítulo no tendrán carácter de sanción y su adopción será independiente del ejercicio de la potestad sancionadora regulada en la presente ley.

5. Los actos de adopción de medidas preventivas serán recurribles de acuerdo con los establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

6. Los gastos generados por la adopción de las medidas preventivas serán de cuenta del responsable de la actividad o titular de derechos sobre los productos.

Igualmente, dicho responsable de la actividad o titular de derechos sobre la mercancía, excepto si voluntariamente decide destruir los productos, tendrá la obligación de mantener los productos inmovilizados en las condiciones adecuadas que permitan su posible comercialización si ésta se autorizase, siendo estos gastos a cuenta del mismo.

7. Lo previsto en los apartados anteriores se aplicará, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, sobre Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, y artículo 8 de la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Artículo 46. *Principios generales.*

1. Todas las medidas preventivas contenidas en el presente capítulo deberán atender a los siguientes principios:

a) Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.
b) No se podrán ordenar medidas obligatorias que conlleven el riesgo para la vida.
c) Las limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan.
d) Se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de empresa y cualesquiera otros derechos afectados.

2. En todo caso, la adopción de estas medidas preventivas se fundamentará en los principios recogidos en la normativa europea de análisis de riesgos y de precaución o cautela cuando, tras haber evaluado la información disponible, se observe la posibilidad de

que haya efectos nocivos para la salud o la seguridad, aunque continúe existiendo incertidumbre científica.

Artículo 47. *Intervención de medios personales.*

1. Cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, derivado de la intervención de determinada persona o personas en el proceso de producción de bienes o de prestación de servicios, se podrá prohibir su participación en el mismo, mediante decisión motivada, por el tiempo necesario hasta la desaparición del riesgo.

2. Solo las autoridades sanitarias, en los términos que se determinen reglamentariamente, serán las competentes para adoptar estas medidas.

Artículo 48. *Intervención sobre las personas.*

1. Cuando exista o se sospeche razonablemente 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, se podrá ordenar la adopción de las medidas preventivas generales y de intervención, entre las que se incluyen las de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control individual sobre la persona o grupos de personas, mediante decisión motivada, por el tiempo necesario hasta la desaparición del riesgo.

Estas medidas se podrán adoptar sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, y a la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, sobre Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

2. En todo caso, en situaciones de riesgo sanitario derivadas de la declaración de pandemia o epidemia, todas las personas deberán adoptar las medidas necesarias para evitar la generación de riesgos de propagación de la enfermedad así como la exposición propia y ajena a dichos riesgos, de acuerdo con las normas, órdenes, y recomendaciones de las autoridades sanitarias.

Las personas a las que se acuerde situación de aislamiento o la cuarentena por parte de las autoridades sanitarias con funciones de tratamiento y prevención de la enfermedad, estarán obligadas a cumplir con todas las prescripciones que se les comuniquen para evitar la propagación de la enfermedad.

Artículo 49. *Cierre de empresas o sus instalaciones y suspensión de actividades.*

1. Cuando existan indicios razonables de la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población, podrá acordarse de forma cautelar y con carácter temporal el cierre de empresas o sus instalaciones, así como la suspensión o prohibición de actividades por requerirlo la salud colectiva y seguridad alimentaria, cuando exista incumplimiento de los requisitos exigidos por la normativa vigente, o falta de autorización, registro, título administrativo o trámite a que puedan estar condicionadas o por riesgo creado para la salud pública.

2. Para la adopción de esta medida será necesaria resolución motivada, una vez cumplimentado el trámite de audiencia, a las partes interesadas que, en un plazo no inferior a diez días ni superior a quince, podrán alegar y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

3. Cuando existan razones de extrema urgencia debidamente motivadas, podrá prescindirse del trámite de audiencia, sin perjuicio de que, posteriormente a la adopción de cualquiera de estas medidas, deban ser oídos los interesados y ser confirmadas, modificadas o levantadas mediante decisión motivada.

4. Sólo las autoridades sanitarias, en los términos que se determinen reglamentariamente, serán las competentes para adoptar estas medidas.

5. En todo caso, se considerará riesgo inminente para la salud la carencia total y absoluta de autorización sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios; de darse estos casos, los agentes de la autoridad, mediante acta, podrán adoptar con carácter inmediato la medida del cierre de la empresa o instalación, o la suspensión de la actividad. La adopción de esta medida deberá ser ratificada por la autoridad sanitaria competente en el plazo máximo de dos días.

Artículo 50. *Intervención de medios materiales.*

1. Procederá la adopción de la intervención cautelar de medios materiales cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud y seguridad de los ciudadanos.

2. La adopción de esta medida comporta la prohibición de manipulación, traslado o disposición en cualquier forma de los bienes intervenidos, sin el consentimiento de la autoridad sanitaria.

3. Esta medida podrá adoptarse por la autoridad sanitaria o por sus agentes.

4. En el caso de que la intervención sea acordada por los agentes de la autoridad mediante acta, deberá ser confirmada, modificada o levantada mediante resolución motivada de la autoridad sanitaria, que deberá dictarse dentro de los quince días siguientes a su adopción.

Artículo 51. *Inmovilización de productos.*

1. Podrá acordarse la inmovilización de un producto o lote del mismo cuando se conozca que pueden ser inseguros, peligrosos o exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario, grave, directo o indirecto, para la salud pública y seguridad alimentaria.

2. La adopción de esta medida comporta la prohibición de manipulación, traslado o disposición en cualquier forma de los productos inmovilizados, sin la autorización de la autoridad sanitaria.

3. Esta medida podrá adoptarse por la autoridad sanitaria o por sus agentes.

4. En el caso de que la inmovilización sea acordada por los agentes de la autoridad mediante acta, deberá ser confirmada, modificada o levantada mediante resolución motivada de la autoridad sanitaria, que deberá dictarse dentro de los quince días siguientes a su adopción.

En el supuesto de no dictarse resolución expresa en el mencionado plazo, se entenderá levantada la inmovilización.

5. En caso de que las entidades o empresas soliciten el traslado de productos inmovilizados a otro emplazamiento o local, a un establecimiento autorizado para su destrucción o su reexpedición a su proveedor, deberán solicitarlo a la autoridad competente.

6. Si la autoridad sanitaria, tras los pertinentes análisis o pruebas documentales que aporte el interesado, resuelve sus dudas sobre la seguridad del producto, respecto al riesgo que motivó la inmovilización, deberá comunicarlo a la entidad o empresa en el menor plazo posible y proceder a la desinmovilización y liberación del producto para su comercialización.

7. En el supuesto de que persistan las causas que motivaron la adopción de las medidas se aplicará lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 52. *Retirada, recuperación de productos del mercado y, en su caso, destrucción de los mismos.*

1. La autoridad sanitaria que se determine reglamentariamente podrá ordenar la retirada definitiva del mercado de un producto o lote de productos o prohibir su comercialización, cuando resulte probada la falta de seguridad.

2. En caso de que los productos se encuentren en poder del consumidor, la autoridad sanitaria podrá ordenar a la empresa responsable la recuperación de los mismos.

3. Cuando sea necesario, podrá acordarse asimismo la destrucción del producto o lote de productos en condiciones adecuadas.

4. Los gastos derivados tanto de la retirada como, en su caso, de la destrucción de productos serán asumidos por la empresa responsable del producto.

CAPÍTULO IV

Multas coercitivas

Artículo 53. *Multas coercitivas.*

1. Para la ejecución de determinados actos derivados de la adopción de medidas preventivas, se podrán imponer multas coercitivas de conformidad con lo previsto en el artículo 99 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, por un importe mínimo de quinientos euros y máximo de seis mil euros, reiteradas por lapsos de tiempo que sean suficientes para cumplir lo ordenado, en los siguientes supuestos:

a) Actos personalísimos en que no proceda la compulsión directa sobre la persona del obligado.
b) Actos en que, procediendo la compulsión, la Administración no la estimare conveniente.
c) Actos cuya ejecución pueda el obligado encargar a otra persona.

2. La multa coercitiva es independiente de las sanciones que puedan imponerse con tal carácter y compatible con ellas.

TÍTULO V

Régimen de infracciones y sanciones

Artículo 54. *Infracciones.*

1. Constituyen infracciones administrativas en materia de salud pública y seguridad alimentaria las acciones u omisiones que vulneren lo dispuesto en esta ley y el resto de la normativa que resulte de aplicación, cuando sean detectadas en el territorio de la Comunidad de Castilla y León, cualquiera que sea el domicilio del presunto infractor.
2. Las infracciones serán objeto de las correspondientes sanciones administrativas, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden en que puedan incurrir.

Artículo 55. *Calificación de las infracciones.*

1. Las infracciones administrativas en materia de salud pública y seguridad alimentaria se clasifican en leves, graves y muy graves.
2. Si un mismo hecho fuera constitutivo de dos o más infracciones, se considerará únicamente aquella que comporte la mayor sanción.

Artículo 56. *Infracciones leves.*

A los efectos de la presente ley, constituyen infracciones leves:

a) Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.
b) El incumplimiento de las prescripciones de esta ley o de la normativa sanitaria especialmente aplicable, en cada caso, que no tengan la calificación de graves o muy graves.
c) El incumplimiento simple del deber de colaboración con las autoridades sanitarias y agentes de la autoridad sanitaria.

Artículo 57. *Infracciones graves.*

A los efectos de la presente ley, constituyen infracciones graves:

a) Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable a cada caso.
b) La falta de autorización, registro, título administrativo o trámite a que pueda estar condicionada la apertura, funcionamiento, modificación o supresión de los centros,

empresas, establecimientos, servicios o actividades a las que se refiere el ámbito objetivo de esta ley.

c) El incumplimiento de las condiciones de las autorizaciones o títulos administrativos a los que se refiere la letra b) de este artículo que determinen un riesgo sanitario grave.

d) La puesta en funcionamiento de los centros, empresas, establecimientos, sus aparatos o desarrollo de cualquier actividad, cuando el precintado, clausura, suspensión, cierre, o cualquiera de las medidas especiales reguladas en la presente ley se mantuvieran en vigor, siempre que se produzca por primera vez.

e) El incumplimiento de los deberes de control o de precaución exigibles en la actividad, servicio o instalación que produzca un riesgo o alteración sanitaria grave.

f) La falta de implementación y mantenimiento conforme a lo dispuesto en la normativa especialmente aplicable de los procedimientos permanentes basados en los sistemas de autocontrol.

g) La falta parcial de implementación y mantenimiento conforme a lo dispuesto en la normativa especialmente aplicable de los procedimientos permanentes basados en los sistemas de autocontrol, cuando exista riesgo para la salud reflejado en informe técnico-científico o epidemiológico.

h) La producción, distribución o utilización de materias primas o alimentos obtenidos mediante tecnologías o manipulaciones no autorizadas o emplearlas en cantidades superiores a las autorizadas o para un uso diferente al que está estipulado.

i) La producción, distribución o comercialización de alimentos obtenidos a partir de animales o vegetales a los que se hayan administrado productos zoosanitarios, fitosanitarios o plaguicidas autorizados en cantidad superior a la establecida o con finalidades diferentes de las permitidas o a las que no se haya suprimido la administración en los términos establecidos.

j) El incumplimiento de los deberes de confidencialidad o custodia de la información relativa a la salud de los trabajadores.

k) La distribución de productos sin las marcas sanitarias preceptivas o con marcas que no se adecuen a las condiciones establecidas, así como utilizar marcas sanitarias o etiquetas de otras industrias o productores.

l) El incumplimiento de las obligaciones atribuidas a los titulares de empresas alimentarias y explotaciones agrarias en la normativa aplicable en materia de información sobre la cadena alimentaria.

m) La preparación y distribución de alimentos que contengan gérmenes, sustancias químicas o radioactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al hombre, o que superen las limitaciones o tolerancia reglamentariamente establecida en la materia.

Artículo 58. *Infracciones muy graves.*

A los efectos de la presente ley, constituyen infracciones muy graves las siguientes:

a) Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso o no proceda la calificación de las mismas como faltas leves o graves.

b) La puesta en funcionamiento de los centros, empresas, establecimientos, equipamientos o desarrollo de cualquier actividad, cuando el precintado, clausura, suspensión, cierre, o cualquiera de las medidas preventivas reguladas en la presente ley se mantuvieran en vigor, siempre que se produzca de modo reiterado.

c) La preparación y distribución de alimentos que contengan gérmenes, sustancias químicas o radioactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al hombre, o que superen las limitaciones o tolerancia reglamentariamente establecida en la materia, con riesgo grave para la salud.

d) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración de los alimentos.

e) El desvío para el consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente a otros usos.

f) Cualquier incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria o cualquier otro comportamiento doloso sin perjuicio de la entidad del daño o riesgo sanitario que provoque.

g) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, cuando concurra daño muy grave para la salud de las personas.

h) Las que merezcan ser calificadas como leves o graves con arreglo a esta ley pero hayan causado un riesgo o daños graves o muy graves a la salud de las personas.

Artículo 59. *Sanciones.*

1. Las infracciones previstas en la presente ley serán sancionadas con multas conforme a la graduación siguiente:

a) Las infracciones leves con multa de 300 a 3.000 euros.

b) Las infracciones graves con multa de 3.001 a 60.000 euros.

c) Las infracciones muy graves con multa de 60.001 a 600.000 euros.

2. Sin perjuicio de la multa que proceda con arreglo a lo previsto en el apartado anterior, y a los efectos de evitar que la comisión de infracciones resulte más beneficiosa para el responsable que el cumplimiento de las normas infringidas, en el caso de que quede acreditado que el beneficio económico obtenido por el responsable supere el límite máximo establecido para cada tipo de infracción, el importe de la sanción se incrementará hasta un importe que no supere el máximo del quíntuplo del beneficio obtenido de los productos o servicios objeto de la sanción.

3. La imposición de las sanciones a las que se refiere este artículo es compatible con las sanciones accesorias a las que se refiere el artículo siguiente, con la obligación del responsable de reponer la situación alterada a su estado originario y con el pago de las indemnizaciones que procedan.

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 60. *Sanciones accesorias.*

1. El órgano sancionador podrá imponer al responsable de las infracciones reguladas en esta ley como sanciones accesorias el decomiso de bienes o productos deteriorados, caducados, no autorizados o que por cualquier otra causa puedan entrañar un riesgo para la salud de las personas, siendo por cuenta de quien cometa la infracción los gastos que origine su intervención, depósito, decomiso, transporte o destrucción.

2. En los supuestos de infracciones muy graves, los órganos competentes para sancionar podrán acordar el cierre temporal del centro, empresa, establecimiento, industria o servicio, la supresión, cancelación o suspensión, total o parcial, de las ayudas oficiales, tales como subvenciones, desgravaciones u otras que tengan reconocidas, por un plazo máximo de cinco años.

Artículo 61. *Graduación de las sanciones.*

Las sanciones se graduarán conforme a los siguientes criterios:

a) Intencionalidad.

b) Reincidencia en la comisión de la infracción, en el término de un año, de más una infracción de la misma naturaleza cuando así haya sido declarado por resolución firme.

c) Número de personas afectadas.

d) Perjuicios causados.

e) Beneficios obtenidos a causa de la infracción.

f) Permanencia o transitoriedad de los riesgos.

g) El reconocimiento y la subsanación de los hechos determinantes de la infracción con anterioridad a la resolución del expediente sancionador.

Artículo 62. *Responsabilidad.*

1. Son sujetos responsables las personas físicas o jurídicas que incurran en las acciones u omisiones tipificadas como infracciones en esta ley. La responsabilidad administrativa se entiende sin perjuicio de la que penal o civilmente pueda corresponder al inculpado.

2. De las infracciones cometidas por las personas jurídicas serán responsables subsidiarios los administradores o titulares de las mismas que no realizaran los actos necesarios que fueran de su incumbencia para el cumplimiento de las obligaciones infringidas, consintieran el incumplimiento por quienes de ellos dependan o adoptaran acuerdos que hicieran posibles tales infracciones.

También responderán subsidiariamente las personas que asuman profesionalmente la dirección, organización y control de actividad económica de la que se derive la infracción.

3. En las infracciones en que haya participado más de una persona, física o jurídica, la responsabilidad será solidaria.

Artículo 63. *Prescripción de infracciones y sanciones.*

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.

Artículo 64. *Competencia sancionadora.*

1. Corresponde el ejercicio de la potestad sancionadora, previa instrucción del correspondiente expediente sancionador, a los siguientes órganos:

a) A la Junta de Castilla y León, en las infracciones muy graves, cuando la sanción esté comprendida entre 300.001 y 600.000 euros.

b) Al titular de la consejería competente en materia de sanidad, en 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 que tengan atribuidas competencias en materia de salud pública y seguridad alimentaria, atendiendo a la infracción cometida en relación con las funciones que realicen, en las infracciones graves.

d) A los titulares de las delegaciones territoriales de la Junta de Castilla y León, en 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, y sin perjuicio de las que les correspondan en virtud de las disposiciones reguladoras del régimen local. Cuando por la naturaleza y gravedad de la infracción haya de superarse la citada cuantía máxima, se remitirán las actuaciones a la consejería competente en materia de sanidad, la cual deberá comunicar a las corporaciones locales que correspondan cuantas actuaciones se deriven de su intervención.

3. El órgano competente para la imposición de las multas lo será también para imponer las sanciones accesorias a las que se refiere el artículo 60 de esta ley.

Artículo 65. *Procedimiento sancionador.*

1. El plazo máximo para resolver y notificar la resolución expresa que ponga fin al procedimiento será de nueve meses, a contar desde la fecha de inicio del procedimiento administrativo sancionador.

2. El procedimiento sancionador será el establecido en el Título IX de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, 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, supletoriamente se aplicará el Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, de procedimiento para el ejercicio de la potestad sancionadora.

Disposición adicional única. *Intervención de los profesionales sanitarios en los proyectos sometidos a instrumentos de prevención ambiental.*

La intervención de los profesionales sanitarios en los proyectos sometidos a instrumentos de prevención ambiental, en cumplimiento de la normativa de prevención ambiental, se ceñirá a la emisión de los correspondientes informes, con el fin de analizar las condiciones, requisitos y obligaciones que han de cumplir dichas actividades o proyectos desde el punto de vista sanitario sin perjuicio de las competencias de prevención ambiental.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo preceptuado en esta ley.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 13/2001, de 20 diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Castilla y León.*

Uno. Se añade un nuevo apartado 3 al artículo 3 de la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.

«3) En aquellos centros sanitarios y servicios sanitarios integrados en organizaciones no sanitarias, la atención farmacéutica se prestará a través de depósitos de medicamentos debidamente autorizados, vinculados a una oficina de farmacia o servicio de farmacia ubicada preferentemente en la misma zona farmacéutica o municipio, quienes conservarán y dispensarán los medicamentos a los pacientes atendidos en el centro en el que esté ubicado.»

Dos. Se añade un nuevo apartado al artículo 20.

«4. Si durante la tramitación del procedimiento de apertura de oficina de farmacia por el farmacéutico autorizado se comprueba el incumplimiento de las condiciones que motivaron el otorgamiento de la autorización, el mismo órgano competente para su concesión podrá revocar la autorización concedida, previa tramitación del oportuno expediente en el que se garantice la audiencia del interesado.»

Tres. Se modifica el artículo 22 quedando redactado como sigue:

«1. Sólo se podrán autorizar traslados de oficinas de farmacia dentro de la misma zona farmacéutica y municipio.

2. Los traslados de oficinas de farmacia estarán sujetos al procedimiento de autorización administrativa, así como a las condiciones y requisitos que reglamentariamente se establezcan. Los traslados podrán ser voluntarios y forzosos:

a) Son traslados voluntarios los que tengan su fundamento en la libre voluntad del titular de la oficina de farmacia, pudiendo ser:

– Son definitivos los que supongan el cierre con vocación de permanencia de las oficinas de farmacia.

– Son provisionales los que supongan el cierre temporal de la oficina de farmacia para la mejora de las instalaciones. Autorizan su funcionamiento en otras instalaciones, con la obligación del titular de retornar al primitivo local en el plazo improrrogable de un año.

Trascurrido dicho plazo sin producirse la reapertura en los primitivos locales, se procederá al cierre en los locales provisionales.

b) Son traslados forzosos aquellos en los que la prestación del servicio de una oficina de farmacia no pueda continuar en el local en el que esté instalada, pudiendo ser:

– Definitivos, por haber perdido el titular de la oficina de farmacia la disponibilidad jurídica del local por causa ajena a su voluntad.

– Provisionales, en los casos de derrumbamiento, reconstrucción o demolición de un edificio en los que el titular de la oficina de farmacia mantenga la disponibilidad

jurídica del local. El titular tendrá la obligación de retornar al primitivo local en el plazo de tres años.

3. La nueva ubicación de la oficina de farmacia en los traslados voluntarios definitivos respetará las condiciones señaladas en el artículo 19 de la presente ley y en su normativa de desarrollo. En los traslados forzosos definitivos podrá autorizarse el traslado a un local cuya distancia no sea inferior al ochenta por cien de la que en cada caso existiese en el momento del traslado, respecto a otras oficinas de farmacia y a los centros asistenciales que se determinen. En los traslados provisionales las distancias podrán reducirse al cincuenta por cien de la que en cada caso exista en el momento del traslado, respecto a otras oficinas de farmacia y a los centros asistenciales que se determinen.»

Cuatro. Se modifica el apartado 1 del artículo 23, quedando redactado como sigue:

«1. Al objeto de garantizar la calidad de la atención farmacéutica prestada, las oficinas de farmacia tendrán acceso directo, libre y permanente a una vía de uso público y exento de barreras arquitectónicas conforme a la legislación específica aplicable. Asimismo, los locales e instalaciones de las oficinas de farmacia deberán disponer del espacio, distribución de las áreas de trabajo, del equipamiento y de las condiciones higiénico-sanitarias necesarias. Sin perjuicio del posterior desarrollo reglamentario que para dichos locales e instalaciones pueda establecer la consejería competente en materia de sanidad, las oficinas de farmacia que se autoricen a partir de la entrada en vigor de la presente ley dispondrán para su uso exclusivo de una superficie útil mínima de setenta metros cuadrados y contarán, al menos, con las siguientes zonas:

a. Zona de atención al usuario.
b. Zona de almacenamiento de medicamentos y productos sanitarios.
c. Zona de laboratorio para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales.
d. Zona de atención individualizada o despacho del farmacéutico.»

Cinco. Se modifica el artículo 28, quedando redactado de la siguiente forma:

«1. La transmisión total o parcial de las oficinas de farmacia estará sujeta a la previa autorización administrativa, al abono de las tasas, así como al procedimiento que reglamentariamente se pueda determinar.

2. Sólo podrá llevarse a cabo la transmisión cuando el establecimiento haya mantenido la misma titularidad durante tres años, salvo en el supuesto de muerte, incapacitación judicial o declaración judicial de ausencia. En el supuesto de oficinas de farmacia de nueva apertura por concurso convocado y resuelto conforme a lo establecido en la presente ley, la titularidad deberá mantenerse inalterada durante los diez años siguientes a su puesta en funcionamiento, salvo en el supuesto de muerte, incapacitación judicial o declaración judicial de ausencia.»

Seis. Se modifica el artículo 31, quedando redactado como sigue:

«1. Los botiquines son establecimientos sanitarios vinculados a las oficinas de farmacia que garantizan la atención farmacéutica a una población determinada.

2. Por razones de lejanía, difícil comunicación con respecto a la oficina de farmacia más cercana, aumento estacional de población, o cuando concurren situaciones de emergencia que lo hagan aconsejable, podrá autorizarse el establecimiento de botiquines en aquellos núcleos de población que no cuenten con una oficina de farmacia.»

Siete. Se añade una nueva letra x) al artículo 66.3, quedando redactado como sigue:

«x) La prestación de atención farmacéutica en los centros sanitarios y servicios sanitarios integrados en organizaciones no sanitarias que no cuentan con un depósito de medicamentos debidamente autorizado.»

Disposición final segunda. *Organización territorial de la prestación de salud pública.*

En los términos establecidos en la presente ley y en la legislación de ordenación sanitaria vigente, en el plazo máximo de dieciocho meses desde la entrada en vigor de la presente ley, se procederá a la reorganización territorial de la prestación de salud pública.

Disposición final tercera. *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 cuarta. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

§ 17

Ley 7/2003, de 25 de abril, de Protección de la Salud. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma de Cataluña
«DOGC» núm. 3879, de 8 de mayo de 2003
«BOE» núm. 126, de 27 de mayo de 2003
Última modificación: 31 de mayo de 2016
Referencia: BOE-A-2003-10531

Norma derogada, salvo las disposiciones transitorias 1, 2, 3, 7, 8 y 9, según establece la disposición derogatoria.1.c) de la Ley 18/2009, de 22 de octubre. Ref. BOE-A-2009-18178.

[. . .]

Disposición transitoria primera.

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.

Disposición transitoria segunda.

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) Continuar cumpliendo las tareas propias de protección de la salud y ejercer las funciones asistenciales en el ámbito de la atención primaria. En cuanto a las tareas de protección de la salud, este personal queda adscrito funcionalmente a la Agencia de Protección de la Salud. Debe establecerse reglamentariamente el régimen de dedicación horaria a estas tareas, al margen de las previsiones establecidas con carácter general para las actividades inherentes a los equipos de atención primaria. Este personal debe continuar 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.

Disposición transitoria tercera.

1. Los funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares pueden optar entre las siguientes alternativas:

a) Integrarse en la Agencia de Protección de la Salud, en el Cuerpo de Titulados Superiores de la Generalidad, Salud Pública, para realizar las tareas que dicha entidad tiene encomendadas, con la jornada de trabajo ordinaria propia del personal funcionario que ejerce funciones administrativas y técnicas al servicio de la Administración de la Generalidad. Dicho personal debe percibir las retribuciones que sean fijadas para su plaza en la relación de puestos de trabajo de la Agencia de Protección de la Salud. A las personas que efectúen dicha opción, les es de aplicación lo establecido por la Ley 21/1987, de 26 de noviembre, de incompatibilidades del personal al servicio de la Administración de la Generalidad ; la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, y la Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña.

b) Continuar ejerciendo las funciones propias de la oficina de farmacia y las de protección de la salud. En lo que concierne a las tareas de protección de la salud, este personal queda adscrito funcionalmente a la Agencia de Protección de la Salud. Debe determinarse reglamentariamente el régimen de dedicación horaria propio para estas tareas, al margen del establecido para las actividades inherentes a la oficina de farmacia. Dicho personal debe seguir percibiendo las retribuciones que devengaba hasta el momento de ejercer este derecho de opción.

2. Debe establecerse el procedimiento para el ejercicio del derecho de opción a que se refiere la presente disposición mediante una orden del consejero o consejera de Sanidad y Seguridad Social.

3. Si las personas interesadas no manifiestan la opción escogida en los plazos fijados por el procedimiento establecido a este efecto, se entiende que optan por la del apartado 1, b).

[. . .]

Disposición transitoria séptima.

1. Los funcionarios del Cuerpo de Comadrones Titulares deben optar por una de las siguientes alternativas:

a) Integrarse como personal estatutario de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud en la categoría de comadrón o comadrona, sujetándose al régimen jurídico que establezcan las normas vigentes en cada momento para los profesionales que prestan servicio como personal estatutario de los servicios de salud, ejerciendo las funciones que ejercían en el ámbito territorial propio de la atención a la salud sexual y reproductiva del Instituto Catalán de la Salud al que estaban adscritos. Este personal debe permanecer en la situación administrativa que legalmente corresponda con relación a su cuerpo de origen por razón de la integración voluntaria a que se refiere el presente apartado y debe percibir 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.

b) Continuar como funcionarios del Cuerpo de Comadrones Titulares ejerciendo las funciones que ejercían en el ámbito territorial propio de la atención a la salud sexual y reproductiva del Instituto Catalán de la Salud al que estaban adscritos. Este personal queda adscrito funcionalmente al Instituto Catalán de la Salud y debe continuar percibiendo las retribuciones que acreditaba en el momento de ejercer este derecho de opción.

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 del departamento competente en materia de salud.

3. Si las personas interesadas no manifiestan la opción escogida en los plazos fijados por el procedimiento establecido a tal efecto, se entiende que optan por la de la letra 1.b.

4. Si se opta por la opción de la letra 1.a, la opción ejercida es irreversible.

Disposición transitoria octava.

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.

Disposición transitoria novena.

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 declaran inconstitucionales y nulos los apartados 2.b) y 3, en la redacción dada por la Ley 8/2007, de 30 de julio. Ref. BOE-A-2007-15544., en cuanto que 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.

[. . .]

§ 18

Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública

Comunidad Autónoma de Cataluña
«DOGC» núm. 5495, de 30 de octubre de 2009
«BOE» núm. 276, de 16 de noviembre de 2009
Última modificación: 14 de julio de 2020
Referencia: BOE-A-2009-18178

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 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública.

PREÁMBULO

La salud pública se define como el conjunto organizado de actuaciones de los poderes públicos y de la sociedad mediante la movilización de recursos humanos y materiales para proteger y promover la salud de las personas, prevenir la enfermedad y cuidar la vigilancia de la salud pública. La salud pública también debe entenderse como la salud de la población, y depende, en gran parte, de factores estructurales y ambientales, como por ejemplo la educación o la seguridad, pero también de factores ligados a los estilos de vida, como el consumo de tabaco, la actividad física o la alimentación. De hecho, el aumento de la esperanza de vida que se ha producido en el último siglo en Cataluña se atribuye en buena parte a la mejora de las condiciones de higiene, alimentación, vivienda y trabajo, a pesar de que los progresos en la vertiente asistencial también han contribuido decisivamente.

La Ley del Estado 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, incluyó la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud entre las finalidades del Sistema Nacional de Salud. Más recientemente, la Ley del Estado 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, ha incluido las prestaciones de salud pública en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Estas prestaciones son definidas como el conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población, que deben ejercerse con carácter de integralidad a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud y que deben ser provistas mediante la cartera de servicios.

La Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, creó el Servicio Catalán de la Salud con el objetivo último de mantener y mejorar el nivel de salud de la población. El Servicio Catalán de la Salud está configurado por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y de cobertura pública a los que corresponden, entre otras funciones, las de salud pública.

La Ley 20/2002, de 5 de julio, de seguridad alimentaria, es la primera iniciativa destinada a configurar un nuevo marco organizativo para garantizar el máximo grado de seguridad alimentaria en Cataluña.

La Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, representa el inicio del proceso de reforma de los servicios de salud pública, centrada en la organización de la provisión de servicios de protección de la salud, mediante la creación de la Agencia de Protección de la Salud. Esta ley previó la posibilidad de que los entes locales adscribieran recursos a la Agencia. Complementariamente, la Ley especificaba los servicios mínimos obligatorios que, en materia de protección de la salud, la Agencia de Protección de la Salud podía prestar a los entes locales.

No debe olvidarse tampoco el Decreto legislativo 2/2003, de 28 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley municipal y de régimen local de Cataluña, que define las competencias municipales en materia de salud pública.

La definición de los ámbitos de responsabilidad en materia de salud pública puede permitir establecer instrumentos de colaboración y cooperación entre las administraciones para mejorar la eficacia y eficiencia de sus acciones respetando los ámbitos competenciales.

En este contexto normativo, varios aspectos señalan la necesidad de extender y completar la reforma de los servicios de salud pública. Las diversas crisis de salud pública producidas en los últimos años en el ámbito internacional y las expectativas crecientes de la población en materia de salud pública, unidas a las profundas transformaciones sociales derivadas de la evolución social, de las transformaciones tecnológicas, de la creciente movilidad de personas, bienes y mercancías, de los movimientos migratorios y la multiculturalidad asociada, hacen que sea necesario revisar la adecuación de los servicios de salud pública a los retos de la globalización de los riesgos para la salud y a la necesidad de dar respuestas de prevención y control que sean efectivas, homogéneas, éticas y transparentes, y que contribuyan a generar confianza y seguridad en la ciudadanía.

Por ello, se considera fundamental integrar el conjunto de los servicios de salud pública, añadiendo a los de protección de la salud y a los de la seguridad alimentaria los relativos a la vigilancia de la salud pública, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud, para dar respuestas adecuadas a las necesidades de la nueva sociedad y estar atentos a las situaciones de más desigualdades, en especial a las de las mujeres, puesto que tienen riesgos para la salud y problemas asociados. A estos servicios es preciso añadir la salud laboral y la salud medioambiental, dos ámbitos de gran impacto poblacional y que requieren una visión de la salud pública que garantice su plena efectividad desde el sistema sanitario.

La dirección que debe darse al conjunto de políticas de salud pública para que devengan efectivas exige formular planes de gobierno que comporten el compromiso explícito de actuar sobre los principales determinantes de la salud. El Gobierno de Cataluña debe formular periódicamente un plan interdepartamental de salud pública, que emane del Plan de salud de Cataluña, que debe movilizar y responsabilizar los diversos ámbitos de gobierno para mejorar los niveles de salud mediante la actuación sobre sus principales determinantes, tanto estructurales como de estilos de vida. Este plan debe reforzar la obligación de las autoridades sanitarias, competentes en materia de salud pública, de coordinarse y de colaborar con las demás administraciones públicas que tienen competencias sobre aspectos de salud pública mediante mecanismos explícitos.

A la vez, la presente ley reconoce las prestaciones y los servicios que en materia de salud pública debe prestar el sistema sanitario público en Cataluña. De esta forma, el Sistema Nacional de Salud explicita la incorporación, a sus prestaciones, no solo de servicios dirigidos a las personas individuales, sino también de servicios dirigidos a las colectividades y a la prevención de riesgos ambientales.

Asimismo, la presente ley preconiza que esta integración se haga dentro de organizaciones ejecutivas, ágiles y flexibles, con capacidad para movilizar la cooperación intersectorial e interadministrativa y fomentar las alianzas comunitarias. Por ello se opta por el modelo de agencia con autonomía de gestión y con una cartera de servicios claramente definida. Esta opción contribuye a esclarecer la necesaria separación de la dimensión política de la salud pública, que corresponde al departamento competente en materia de salud mediante la secretaría sectorial de salud pública de nueva creación, de la dimensión técnica y ejecutiva de la provisión de servicios, que corresponde a la Agencia de Salud

Pública de Cataluña (Aspcat), como organización con una amplia desconcentración mediante su estructura regional y territorial, que debe permitir responder a las necesidades en materia de salud pública, garantizando la equidad en la gestión de los riesgos para la salud, con especial atención al territorio y al ámbito local. Por ello, este modelo incorpora elementos de descentralización territorial, con instrumentos que van desde la colaboración con los entes locales hasta la participación efectiva de estos en la titularidad de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Por otra parte, el impulso descentralizador que se da al sistema sanitario catalán mediante la creación de los gobiernos territoriales de salud también debe incluir la reforma de los servicios de salud pública, debe reafirmar el papel clave que la acción territorial tiene en la prestación de estos servicios y en el reforzamiento de la continuidad asistencial sanitaria, conectando las acciones clínicas individuales con las acciones comunitarias, tanto sobre las personas y sobre los determinantes de su salud, individual y colectiva, como sobre el medio, y debe hacer de la salud comunitaria una orientación fundamental de la acción de dichos servicios. Para reforzar bajo el punto de vista científico, técnico y organizativo sus actuaciones, y para garantizar su calidad y rigor, la Agencia de Salud Pública de Cataluña dispone de un consejo asesor.

La representación territorial de los servicios de salud pública se hace teniendo como referencia el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública. La Agencia de Salud Pública de Cataluña tiene un nivel central que ejerce la dirección, la autoridad sanitaria delegada y la planificación e implantación de productos y servicios de salud pública. Este nivel apoya al conjunto de la estructura territorial. Asimismo, tiene un nivel regional que dirige la Agencia en el territorio y ejerce la autoridad sanitaria que tiene delegada. Es también el enlace con la estructura central y los equipos territoriales de salud pública, y es a la vez un facilitador y un coordinador.

En el nivel local, la Agencia de Salud Pública de Cataluña opera mediante los equipos territoriales de salud pública, en un ámbito territorial coincidente con los gobiernos territoriales de salud. La actuación de estos equipos es muy próxima al territorio. Trabajan con eficacia y calidad en la protección de la salud y sobre los determinantes de la salud de la comunidad, la disminución de las desigualdades y los estilos de vida de las personas, y se coordinan con todos los recursos del territorio, especialmente con la atención primaria de la salud, los municipios y las entidades comunitarias.

Por otra parte, la presente ley propicia una cooperación más estrecha de los servicios de salud pública municipal en el proceso de reforma, mediante su implicación en una red de equipos locales de salud pública en el ámbito de cada territorio, de acuerdo con el alcance de la cartera de servicios. En este sentido, se refuerza la implicación de los ayuntamientos y de los entes locales, de modo consistente con el desarrollo de los gobiernos territoriales de salud.

La práctica de la salud pública determina un espacio de trabajo multidisciplinario. Por ello, la Agencia de Salud Pública de Cataluña dispone de equipos multidisciplinarios, integrados por profesionales de la salud del ámbito de la biología, farmacia, enfermería, medicina, veterinaria y otras profesiones sanitarias y no sanitarias, adecuadamente formados para ejercer las competencias profesionales de la salud pública. La formación continua y la investigación deben tener un papel clave en el apoyo a las buenas prácticas en la prestación de servicios de salud pública.

La participación es un elemento muy relevante de la actividad de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, especialmente la de ámbito local, tanto en el nivel institucional como en el organizativo, intersectorial, profesional y comunitario. La Agencia articula la participación mediante el Consejo de Participación y las estructuras formales de participación del Consejo de Participación y de los gobiernos territoriales de salud y, en el ámbito de la salud laboral, del Consejo de Salud Laboral. En el ámbito operativo, la participación se entiende como una estrategia fundamental para llevar a cabo las actuaciones de salud pública. En este sentido cabe destacar y reconocer la respuesta de las organizaciones no gubernamentales del ámbito de la salud.

Cabe destacar que la presente ley significa un avance importante en la definición del concepto de autoridad sanitaria y de los criterios de intervención administrativa. Así pues, la presente ley aborda el concepto de autoridad sanitaria para la protección de la población de

los riesgos relacionados con los problemas de salud que la afectan colectivamente, y la distingue de la autoridad sobre el sistema de salud. Las áreas de expresión más importantes de la autoridad sanitaria se refieren a las autorizaciones sanitarias, las medidas cautelares y los expedientes sancionadores. A la vez, la presente ley establece de una forma clara y compacta los criterios de intervención administrativa en materia de salud pública, incluidos los aspectos relativos a la responsabilidad y el autocontrol, a la vigilancia y el control oficial, a las autorizaciones y a los registros sanitarios, a la autoridad sanitaria y al régimen sancionador, entre otros.

También cabe mencionar la creación del Sistema de Información de Salud Pública, integrado en el Sistema de Información de la Salud, entendido como sistema organizado de información sanitaria, orientado a la vigilancia y la acción en salud pública, a cuya gestión contribuye de una forma decisiva la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Finalmente, el alcance de la reforma de los servicios de salud pública implica una dotación presupuestaria mayor para esta área de actividad de los servicios de salud financiados públicamente. En primera instancia, la Agencia de Salud Pública de Cataluña se financia mediante la transferencia de recursos del departamento competente en materia de salud de la Generalidad a las áreas relacionadas con las actividades operativas de la salud pública. Las tasas y los precios públicos derivados de su actividad son fuentes de financiación complementarias.

La presente ley consta de ochenta artículos, estructurados en cinco títulos, y de seis disposiciones adicionales, tres disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales. En el título I se enuncian las disposiciones generales, que incluyen el objeto de la Ley, las definiciones de los conceptos utilizados en salud pública y sus principios informadores, y la determinación de los órganos que tienen la condición de autoridad sanitaria. Además de definir operativamente cada concepto, este título singulariza la naturaleza de las actividades de salud pública y señala su trascendencia en el sistema de salud, que garantiza la gestión integral de los riesgos para la salud y la contribución a un medio ambiente más seguro y saludable.

En el título II se enuncia el conjunto de las políticas en materia de salud pública, que se expresan fundamentalmente mediante las prestaciones, Cartera de servicios, formación de los profesionales, investigación, información y comunicación. La consideración de las actividades y los servicios de salud pública como prestación les concede la dimensión de derecho de la ciudadanía, como lo son las demás prestaciones del sistema sanitario público. La formación e investigación en salud pública están representadas por la constitución de sistemas que orientan, facilitan y coordinan el conjunto de actuaciones de formación e investigación en salud pública. Estas funciones se ejecutan propiciando la cooperación entre los organismos competentes en materia de formación y las administraciones públicas. Finalmente, el título II regula la comunicación e información en materia de salud pública, describiendo las actuaciones, las obligaciones y la seguridad de la información del Sistema de Información de Salud Pública.

El título III tiene seis capítulos y establece el sistema organizativo de la salud pública. En el capítulo I se regulan las competencias de la Administración de la Generalidad en materia de salud pública y se crea una secretaría sectorial para dar el máximo impulso a las políticas y estrategias de salud pública. En el capítulo II se crea, adscrita al departamento competente en materia de salud, la Agencia de Salud Pública de Cataluña y se definen las funciones, los órganos de dirección, integrados por el Consejo de Administración y por el director o directora, el consejo asesor y el consejo de participación. También se establece la ordenación de la Agencia en demarcaciones territoriales mediante los servicios regionales y se regulan los recursos humanos y los regímenes jurídico, económico, patrimonial y contable. El capítulo III crea la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria como un área especializada de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, que actúa con plena independencia técnica y bajo los principios del Plan de seguridad alimentaria de Cataluña. El capítulo IV se ocupa de la salud laboral. De acuerdo con este capítulo, la Agencia de Salud Pública de Cataluña cumple funciones de organismo coordinador de las actividades de protección y promoción de la salud en materia de salud laboral en coordinación con el departamento que tiene competencias en materia laboral, incluidas las de seguridad y salud laborales y las de prevención de riesgos laborales. El capítulo V crea la Red de Vigilancia de

la Salud Pública. El capítulo VI crea la red de laboratorios de salud pública. En el capítulo VII se aborda la situación de los servicios de salud pública de los entes locales.

El título IV se refiere a la intervención administrativa en materia de salud pública. El capítulo I establece los principios y criterios de la intervención administrativa, con el objetivo de que el rigor en los procedimientos de esta intervención defienda los intereses de la salud pública, y determina el conjunto de procedimientos que deben garantizar la transparencia de las actuaciones. El capítulo II establece la colaboración entre administraciones en el ámbito de la vigilancia y el control, y el capítulo III define el conjunto de medidas cautelares que pueden adoptar las autoridades sanitarias para garantizar la salud individual y colectiva.

Finalmente, el título V se ocupa del régimen sancionador. Tipifica las infracciones y establece las sanciones que les corresponden, la cuantía y la titularidad de las competencias sancionadoras.

Con relación a la parte final, la Ley contiene seis disposiciones adicionales, que incluyen referencias a la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona, al régimen competencial del Consejo General de Arán, y a la extinción de los partidos médicos, farmacéuticos y veterinarios con la sustitución de la estructura y la organización territorial de la Agencia de Protección de la Salud por los servicios regionales y los sectores de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Las disposiciones transitorias regulan el proceso de extinción de la Agencia de Protección de la Salud y el de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria hasta su sustitución por la Agencia de Salud Pública de Cataluña, que la presente ley crea, y velan por los derechos del personal que ejerce funciones en el ámbito de la salud pública. La disposición derogatoria establece las disposiciones sobre las que proyecta sus efectos. Las disposiciones finales contienen la modificación de la Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia; la de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, y la de las disposiciones transitorias segunda y séptima de la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, la primera de las cuales ya había sido modificada por la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud. Y, finalmente, establecen el mandato al Gobierno para el desarrollo reglamentario y la entrada en vigor de la Ley.

Téngase en cuenta que las referencias hechas en este preámbulo al Plan interdepartamental de salud pública se entienden hechas al Plan interdepartamental e intersectorial de salud pública, según se establece en la disposición adicional novena de la Ley 5/2019, de 31 de julio. Ref. DOGC-f-2019-90528

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente ley tiene por objeto la ordenación de las actuaciones, las prestaciones y los servicios en materia de salud pública en el ámbito territorial de Cataluña establecidos por la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, para garantizar la vigilancia de la salud pública, la promoción de la salud individual y colectiva, la prevención de la enfermedad y la protección de la salud, de acuerdo con el artículo 43 y concordantes de la Constitución, en el ejercicio de las competencias que el Estatuto atribuye a la Generalidad y en el marco de la legislación que regula el sistema sanitario de Cataluña, impulsando la coordinación y colaboración de los organismos y las administraciones públicas implicados dentro de sus ámbitos competenciales.

Artículo 2. *Definiciones.*

A los efectos de lo dispuesto por la presente ley, se entiende por:

a) Análisis del riesgo: el proceso integrado por los tres elementos interrelacionados siguientes: la evaluación del riesgo, la gestión del riesgo y la comunicación del riesgo.

b) Autocontrol: el conjunto de obligaciones de las personas físicas o jurídicas sujetas al ámbito de aplicación de la presente ley con el fin de garantizar la inocuidad y salubridad de los productos, las actividades y los servicios respectivos.

c) Autoridad sanitaria: el órgano que tiene la competencia para aplicar la normativa vigente en materia de salud pública, en función de la cual puede limitar derechos individuales o colectivos en beneficio de los derechos de la comunidad.

d) Evaluación del impacto en la salud: la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede valorarse una política, un programa o un proyecto con relación a sus efectos potenciales sobre la salud de la población y de sus subgrupos.

e) Evaluación del riesgo: el proceso con fundamento científico formado por las cuatro etapas siguientes: la identificación del factor de peligro, la caracterización del factor de peligro, la determinación de la exposición y la caracterización del riesgo.

f) Comunicación del riesgo: el intercambio interactivo, a lo largo del proceso de evaluación y gestión del riesgo, de información y de opiniones relacionadas con los peligros y riesgos, entre las personas, físicas o jurídicas, encargadas de la evaluación y las encargadas de la gestión, los consumidores, los representantes de la industria, la comunidad académica, las corporaciones profesionales y las demás partes interesadas. La comunicación comprende la explicación de los resultados de la evaluación del riesgo y de los fundamentos de las decisiones tomadas en el marco de la gestión del riesgo.

g) Control sanitario: el conjunto de actuaciones de las administraciones sanitarias, en cuanto a la gestión del riesgo, que tienen la finalidad de comprobar la adecuación de los seres vivos, los alimentos, el agua, el medio, los productos, las actividades y los servicios objeto de la presente ley a las normas destinadas a prevenir los riesgos para la salud de la población.

h) Gestión del riesgo: el conjunto de actuaciones destinadas a evitar o minimizar un riesgo para la salud. Este proceso consiste en sopesar las alternativas, teniendo en cuenta la evaluación del riesgo y demás factores pertinentes, y comprende, si es preciso, la selección y aplicación de las medidas de prevención y control más adecuadas, además de las reglamentarias.

i) Prevención de la enfermedad y factores de riesgo asociados: el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a reducir la incidencia de enfermedades específicas y de sus factores de riesgo mediante acciones individuales y colectivas de vacunación, inmunización pasiva, consejo, cribado y tratamiento precoz.

j) Principio de precaución: el principio que habilita la Administración sanitaria a adoptar medidas provisionales de gestión del riesgo para asegurar la protección de la salud y la prevención de la enfermedad cuando, después de haber evaluado la información disponible, se prevea la posibilidad de que se produzcan efectos nocivos para la salud humana, animal o vegetal o daños al medio ambiente por alguna causa que no permita determinar el riesgo con certeza, aunque haya incertidumbre científica, mientras no se tenga información adicional que permita una evaluación del riesgo más exhaustiva.

k) Promoción de la salud: el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a fomentar la salud individual y colectiva y a impulsar la adopción de estilos de vida saludables mediante las intervenciones adecuadas en materia de información, comunicación y educación sanitarias.

l) Protección de la salud: el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a garantizar la inocuidad y salubridad de los productos alimentarios y a preservar la salud de la población ante los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio.

m) Riesgo: la probabilidad de un efecto nocivo para la salud y de la gravedad de este efecto a consecuencia de un peligro.

n) Salud comunitaria: el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a mejorar la situación de salud de la comunidad en sus dimensiones físicas, psicológicas y sociales, que actúan mediante la capacidad colectiva de adaptación positiva a los cambios del entorno. La salud comunitaria tiene en cuenta tanto los elementos tangibles y no tangibles de la comunidad como sus sistemas de apoyo, las normas, los aspectos culturales, las instituciones, las políticas y las creencias.

o) Salud laboral: el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios de salud o sanitarios destinados a vigilar, promocionar y proteger la salud individual y colectiva de los trabajadores.

p) Salud pública: el conjunto organizado de actuaciones de los poderes públicos y del conjunto de la sociedad mediante la movilización de recursos humanos y materiales para proteger y promover la salud de las personas, en el ámbito individual y colectivo, prevenir la enfermedad y cuidar de la vigilancia de la salud.

q) Trazabilidad: el procedimiento preestablecido que permite reconstruir el origen de los componentes de un producto o de un lote de productos, la historia de los procesos de producción aplicados, la distribución y la localización.

r) Vigilancia de la salud pública: el conjunto de actuaciones destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir los datos sanitarios relativos a los seres vivos, alimentos, agua, medio, productos, actividades y servicios, así como el estado de salud de las personas consideradas colectivamente, con el objetivo de controlar las enfermedades y los problemas de salud.

Artículo 3. *Principios informadores.*

La ordenación y ejecución de las actuaciones, las prestaciones y los servicios en materia de salud pública deben ajustarse a los siguientes principios informadores:

a) La garantía y el sostenimiento de las prestaciones de salud pública como un derecho individual y social.

b) La concepción integral, integrada e intersectorial de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de salud pública en el marco de los correspondientes instrumentos de planificación.

c) La racionalización, eficacia, efectividad, eficiencia y sostenibilidad en la organización, el fomento y la mejora de la calidad de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de salud pública.

d) La descentralización y desconcentración de la gestión de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de salud pública.

e) La equidad y superación de las desigualdades territoriales, sociales, culturales y de género.

f) La evidencia científica y el análisis del riesgo como base de las políticas de salud pública.

g) La evidencia científica, precaución y transparencia como base de la gestión del riesgo.

h) La participación comunitaria en el asesoramiento, la consulta, la supervisión y el seguimiento de las políticas de salud pública.

i) La coordinación y cooperación interdepartamentales e interadministrativas en la ejecución de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de salud pública.

j) La información y la comunicación ágil y transparente a los ciudadanos, sin perjuicio de la obligación de la autoridad sanitaria de preservar la confidencialidad de los datos personales, en los términos establecidos por la normativa de protección de datos de carácter personal y la normativa reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

k) El respeto del derecho a la educación en materia de salud pública.

l) El fomento de la responsabilidad individual y colectiva y el autocontrol en materia de salud pública.

m) El fomento de la formación y competencia de los profesionales, de la investigación y de la evaluación en el ámbito de la salud pública.

n) El principio de precaución ante la ausencia de evidencia científica sólida.

o) El ejercicio de la autoridad sanitaria para la protección de la salud pública.

Artículo 4. *El Plan interdepartamental de salud pública.*

1. La salud pública, para desarrollar todas sus actividades de forma efectiva, necesita herramientas de gobierno que permitan garantizar la coordinación de las acciones que inciden en la salud de la población y que son competencia de los diversos departamentos en

que se organiza la Generalidad, sin perjuicio de las competencias que corresponden a la autoridad sanitaria.

2. El Plan interdepartamental de salud pública, coordinado con el Plan de salud de Cataluña, en el que se integra, es la herramienta de gobierno y el marco indicativo de las acciones de salud pública. Sus propuestas vinculan al Gobierno. Los departamentos que tienen competencias en áreas que inciden en la salud de la población deben desarrollar estas propuestas.

3. El Gobierno aprueba el Plan interdepartamental de salud pública a propuesta del departamento competente en materia de salud. El Gobierno debe presentar este plan al Parlamento. La vigencia del Plan interdepartamental de salud pública es la misma que la del Plan de salud de Cataluña.

4. La elaboración del Plan interdepartamental de salud pública corresponde a los departamentos que ejercen competencias en áreas que inciden en la salud de la población. Asume su liderazgo el departamento competente en materia de salud mediante la secretaría sectorial de salud pública y el órgano competente en materia de planificación sanitaria, que deben actuar de forma coordinada con el Servicio Catalán de la Salud.

5. El procedimiento de elaboración del Plan interdepartamental de salud pública debe garantizar la participación de las administraciones, las instituciones, los agentes sociales y económicos, las sociedades científicas, las corporaciones profesionales y la sociedad civil en general.

6. El Plan interdepartamental de salud pública debe desarrollar iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, de acuerdo con los planes de políticas para las mujeres aprobados por el Gobierno.

Téngase en cuenta que las referencias hechas en este precepto al Plan interdepartamental de salud pública se entienden hechas al Plan interdepartamental e intersectorial de salud pública, según se establece en la disposición adicional novena de la Ley 5/2019, de 31 de julio.
Ref. DOGC-f-2019-90528

Artículo 5. *Autoridad sanitaria.*

1. A los efectos de la presente ley, tienen la condición de autoridad sanitaria, en el marco de sus respectivas funciones, los siguientes órganos:

a) El consejero o consejera del departamento competente en materia de salud.

b) La persona titular de la secretaría sectorial.

c) El director o directora de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

d) El presidente o presidenta de la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona.

e) El gerente o la gerente de la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona.

f) El consejero o consejera competente en materia de salud del Consejo General de Arán.

g) Los presidentes de los consejos comarcales.

h) Los alcaldes.

i) Cualquier otro órgano administrativo en que se hayan desconcentrado o delegado las funciones de los órganos a que se refiere el presente apartado.

2. La autoridad sanitaria, en el ejercicio de sus funciones, puede solicitar el apoyo, auxilio y colaboración de otros funcionarios públicos y, si procede, de los cuerpos y fuerzas de seguridad y de otros agentes de la autoridad que tengan encomendadas funciones de seguridad.

TÍTULO II

De las políticas en materia de salud pública

Artículo 6. *Las prestaciones en materia de salud pública.*

1. Son prestaciones de salud pública el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de las personas, en el ámbito individual y colectivo, prevenir la enfermedad y cuidar de la vigilancia de la salud pública.

2. Las administraciones públicas competentes en materia de salud pública deben proporcionar las prestaciones en esta materia mediante cualquiera de las formas de gestión admitidas en derecho y la cartera de servicios a que se refiere el artículo 7. Las administraciones públicas deben llevar a cabo las actuaciones en materia de salud pública que sean precisas cuando exista una evidencia científica firme que las justifique.

3. Son prestaciones en materia de salud pública las siguientes:

a) La vigilancia de la salud pública, incluida la monitorización de la salud y de sus principales determinantes, para tener actualizado el análisis de la situación de la salud de la población con un nivel mínimo de desagregación territorial, así como la preparación y la respuesta organizada para afrontar las emergencias de salud pública, incluidos los brotes, epidemias y pandemias.

b) La investigación de las causas o los determinantes de los problemas de salud que afectan a la población.

c) La prevención y el control de las enfermedades infecciosas transmisibles y de los brotes epidémicos y el desarrollo de los programas de vacunaciones sistemáticas.

d) La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de sus factores de riesgo, con una atención preferente por las que se desarrollan en el ámbito de la salud comunitaria.

e) La promoción y protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo derivados del aire y el agua y de los aspectos ambientales que puedan repercutir en la salud de las personas.

f) La evaluación del impacto en la salud de las intervenciones sobre los determinantes de la salud de la población.

g) La evaluación y gestión del riesgo para la salud derivado de las aguas de consumo humano, incluidas las acciones de vigilancia y control sanitario pertinentes.

h) La protección de la salud y seguridad alimentarias y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito, especialmente la gestión del riesgo para la salud derivado de los productos alimentarios, incluidas las acciones de vigilancia y control sanitario pertinentes.

i) La protección de la salud pública relacionada con las zoonosis de los animales domésticos, los animales salvajes urbanos y los animales de la fauna salvaje y con el control de las plagas.

j) La promoción y protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud en los establecimientos públicos y en los lugares de convivencia humana.

k) La promoción y protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud derivados del ejercicio de prácticas y actividades sobre el cuerpo que puedan tener consecuencias negativas para la salud realizadas en establecimientos de atención personal de carácter no terapéutico, entre los que se incluyen, a título enunciativo y no limitador, los establecimientos donde se llevan a cabo actividades de tatuaje, piercing, micropigmentación y bronceado artificial.

l) La promoción y protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud derivados del ejercicio de terapias naturales sobre el cuerpo realizadas en centros y establecimientos no sanitarios, incluidas las acciones de intervención administrativa y control sanitario.

m) La promoción, protección y mejora de la salud laboral en las funciones y actuaciones adscritas normativamente al departamento competente en materia de salud.

n) La promoción de los factores de protección y la protección y prevención de los factores de riesgo ante las sustancias que pueden generar abuso, dependencia y otras adicciones, especialmente de los que inciden más en la salud de la población.

o) La promoción de la salud mental de la población y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

p) La promoción y protección de la salud afectiva, sexual y reproductiva, y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

q) La orientación y planificación familiar, así como la promoción y protección de la salud maternoinfantil y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

r) La promoción y protección de la salud infantil y de los adolescentes y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

s) La promoción de la actividad física y la alimentación saludable, así como la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

t) La promoción de la salud bucodental y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

u) La prevención y protección de la salud de la población ante cualquier factor de riesgo, especialmente la prevención de las discapacidades, tanto congénitas como adquiridas, y las derivadas de las enfermedades poco prevalecientes.

v) La promoción y protección de la población y de la salud ambiental relacionada con la gestión intracentro de los residuos sanitarios.

w) La protección de la salud de la población ante los riesgos de la contaminación química, biológica y radiológica y la respuesta ante las alertas y emergencias de salud pública.

x) La prestación de los servicios de análisis de laboratorio en materia de salud pública.

y) La policía sanitaria mortuoria.

z) El control sanitario de la publicidad, en el marco de la normativa vigente.

a') La prevención del cáncer y demás enfermedades prevalecientes.

b') La promoción de actividades tendentes a la prevención de accidentes domésticos y de tránsito y de lesiones resultantes de violencias.

c') La promoción y protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud derivados de las intervenciones del propio sistema sanitario, tanto de las actividades de prevención como de las curativas, incluidas las infecciones nosocomiales.

Artículo 7. *Cartera de servicios de salud pública.*

1. La Cartera de servicios de salud pública es el conjunto de actividades y servicios, tecnologías y procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones de salud pública a que tienen derecho los ciudadanos. La Cartera de servicios de salud pública debe ser dinámica y ágil para dar respuesta a las necesidades y los problemas en salud pública de los ciudadanos y de los colectivos.

2. La Administración pública catalana, mediante la Cartera de servicios de salud pública, debe establecer las prioridades en materia de salud pública, basadas en criterios de equidad y homogeneidad, con el objetivo de alcanzar la optimización de la planificación de las políticas de salud.

3. El Gobierno, a propuesta del consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, debe aprobar, mediante un decreto, la Cartera de servicios de salud pública, que debe incluir, como mínimo, la Cartera de servicios de salud pública del Sistema Nacional de Salud, del Estado.

4. La Cartera de servicios de salud pública debe ajustarse a las necesidades de salud de las poblaciones de cada territorio, si procede, y debe especificar las actuaciones y los servicios que la Agencia de Salud Pública de Cataluña puede prestar a los departamentos de la Generalidad y a los entes locales para que puedan prestar los servicios mínimos de su competencia.

5. La Cartera de servicios de salud pública debe definir de forma detallada los procedimientos mediante los cuales debe desarrollarse el catálogo de prestaciones.

Artículo 8. *Sistema de Formación e Investigación en Salud Pública.*

1. El Sistema de Formación e Investigación en Salud Pública, entendido como el conjunto de actuaciones organizadas y programadas con relación a la formación de los profesionales de la salud pública, de investigación y de evaluación de la investigación en

salud pública, es una parte fundamental del sistema sanitario catalán y es coordinado por la Agencia de Salud Pública de Cataluña en colaboración con los demás organismos competentes.

2. Las funciones del Sistema de Formación e Investigación en Salud Pública, sin perjuicio de las competencias del departamento o departamentos competentes en materia de universidades y de investigación, son las siguientes:

a) Proponer a las autoridades sanitarias y académicas y a las corporaciones profesionales, mediante los órganos competentes, la fijación de criterios para acreditar los programas de formación y de formación continua en salud pública.

b) Participar, con el departamento competente en materia de universidades, con las universidades catalanas, otras universidades, corporaciones profesionales y otros organismos, en la elaboración de programas de formación continua de los profesionales de la salud pública y promover el diseño de programas de formación continua específicos y de másters.

c) Proponer, actuando en colaboración con el departamento competente en materia de universidades, a las autoridades sanitarias y académicas, mediante los órganos competentes, criterios para la acreditación, acreditación avanzada y reacreditación periódica de los profesionales de la salud pública, así como la autorización de las organizaciones proveedoras de servicios de salud pública.

d) Participar en la revisión de las competencias profesionales en salud pública.

e) Promover, actuando en colaboración con el departamento competente en materia de universidades y con las corporaciones profesionales, la carrera profesional en salud pública, teniendo en cuenta la formación, investigación y actividad de los profesionales.

f) Informar, mediante los órganos competentes, sobre la propuesta relativa al número de plazas de profesionales en formación en las especialidades vinculadas a la salud pública, cursada por las distintas unidades docentes de estas especialidades acreditadas en Cataluña.

g) Participar en la evaluación de las unidades docentes de las especialidades vinculadas a la salud pública acreditadas en Cataluña.

h) Identificar las áreas prioritarias para la investigación en salud pública, atendiendo a los problemas y necesidades de salud detectados de acuerdo con el Plan de investigación e innovación, con la participación del Consejo Interdepartamental de Investigación e Innovación Tecnológica.

i) Promover la formación en investigación entre los profesionales de la salud pública.

j) Promover, en colaboración con el departamento o departamentos competentes en materia de universidades y de investigación, grupos de investigación entre los centros y entes que proveen servicios y realizan actividades de salud pública.

k) Promover la formación continua de todos los profesionales de la salud pública y la investigación entre el personal que tenga la competencia adecuada para realizarla.

l) Promover, de acuerdo con el artículo 193.2 del Estatuto de autonomía y en el marco de las competencias de la Generalidad, acciones con proyección exterior para buscar oportunidades de colaboración en proyectos de investigación en salud pública, influir en las decisiones de los organismos internacionales y obtener financiación para proyectos de investigación.

m) Fomentar el partenariado de los equipos de investigación nacionales en salud pública, entre ellos y con grupos de investigación consolidados de prestigio internacional.

n) Convocar ayudas para la investigación y establecer mecanismos de colaboración con los demás agentes financiadores de investigación públicos y privados para promover la investigación en salud pública.

o) Fomentar la publicación de los trabajos de investigación y la difusión de los resultados, especialmente en colaboración con los sectores económicos y sociales interesados.

p) Estimular la sensibilidad por la investigación en salud pública entre los sectores económicos, académicos y sociales.

q) Evaluar periódicamente los resultados de la investigación en salud pública que se realiza en Cataluña.

3. Las administraciones públicas y los organismos competentes en materia de formación e investigación, las universidades catalanas y los centros, servicios y establecimientos que realizan tareas de formación e investigación en salud pública deben cooperar y participar, en el ámbito de sus respectivas funciones, en el Sistema de Formación e Investigación en Salud Pública. También deben hacerlo las corporaciones profesionales pertinentes en cuanto a la formación continua que ofrezcan.

Artículo 9. *Sistema de Información de Salud Pública.*

1. El Sistema de Información de Salud Pública, entendido como el conjunto de actuaciones organizadas y programadas con relación a la información sanitaria, la vigilancia y la acción en salud pública, es coordinado por la Agencia de Salud Pública de Cataluña, es una parte fundamental del sistema sanitario catalán y se integra en el sistema de información del departamento competente en materia de salud.

2. Las funciones del Sistema de Información de Salud Pública son las siguientes:

a) Valorar las necesidades de salud de la comunidad a partir de la identificación de los problemas de salud que afectan a la población, de la detección de sus riesgos y del análisis de los determinantes de la salud y de sus efectos.

b) Hacer el análisis epidemiológico continuo del estado de salud de los ciudadanos y detectar los cambios que se produzcan en la tendencia y distribución de los problemas de salud.

c) Establecer un mecanismo eficaz de detección, alerta precoz y respuesta rápida ante los peligros y riesgos potenciales para la salud.

d) Hacer o proponer estudios epidemiológicos específicos para conocer mejor la situación de salud de la población, así como otros estudios en salud pública.

e) Aportar la información necesaria para facilitar la planificación, gestión, evaluación e investigación sanitarias.

f) Difundir la información epidemiológica por todos los niveles del sistema sanitario catalán y entre la población.

g) Promover y controlar el cumplimiento de la obligación de notificar la sospecha de enfermedades y brotes epidémicos y problemas de salud en los términos y condiciones que establece el ordenamiento vigente.

h) Con carácter subsidiario, colaborar en la elaboración de las estadísticas que son del interés de la Generalidad.

i) Desarrollar y utilizar mecanismos de análisis, asesoramiento, notificación, información, evaluación y consulta sobre cuestiones relacionadas con la salud en el ámbito comunitario, especialmente en cuanto a las actividades de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad.

j) Desarrollar y mantener redes telemáticas o de otra naturaleza para intercambiar información sobre las mejores prácticas en materia de salud pública, de acuerdo con la normativa vigente.

k) Establecer mecanismos para informar y consultar a las organizaciones de pacientes, los profesionales sanitarios, las organizaciones no gubernamentales implicadas y los demás agentes interesados en las cuestiones relacionadas con la salud comunitaria.

3. El Sistema de Información de Salud Pública debe proporcionar datos desagregados, como mínimo, por municipios, siempre y cuando la legislación en materia de protección de datos de carácter personal lo permita.

Artículo 10. *Comunicación y tratamiento de la información.*

1. El Sistema de Información de Salud Pública debe establecer mecanismos de información, publicidad y divulgación comprensibles, adecuados, accesibles, coherentes, coordinados, permanentes y actualizados sobre las cuestiones más relevantes en materia de salud pública con la finalidad de informar a la ciudadanía, las administraciones y los profesionales.

2. Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto del sector público como del privado, así como los profesionales sanitarios en ejercicio, deben adaptar los

sistemas de información y los registros para configurar el Sistema de Información de Salud Pública.

3. Todas las administraciones públicas y los organismos competentes en materia de salud pública, así como todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y los profesionales sanitarios, deben participar, en el ámbito de sus funciones respectivas, en el Sistema de Formación e Investigación en Salud Pública y en el Sistema de Información de Salud Pública. A tal fin, deben comunicar a estos sistemas los datos pertinentes mediante sus órganos responsables.

4. Los datos de carácter personal que las personas físicas y jurídicas a que se refiere el apartado 3 recojan en el ejercicio de sus funciones pueden cederse, de acuerdo con lo establecido por el artículo 11.2.a de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, para que la Agencia de Salud Pública de Cataluña los trate para desarrollar el Sistema de Información de Salud Pública y el Sistema de Formación e Investigación en Salud Pública, así como con finalidades históricas, estadísticas o científicas en el ámbito de la salud pública. Sin embargo, la cesión de datos de historias clínicas para que la Agencia de Salud Pública de Cataluña los trate para desarrollar las funciones del Sistema de Información de Salud Pública y el Sistema de Formación e Investigación en Salud Pública requiere la disociación previa de los datos que permitan identificar la persona titular, salvo que esta haya dado previamente su consentimiento a la cesión, de acuerdo con lo establecido por la normativa reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínicas.

Artículo 11. *Seguridad de la información.*

En todos los niveles del Sistema de Información de Salud Pública deben adoptarse las medidas de seguridad aplicables al tratamiento de los datos de carácter personal y a los ficheros y tratamientos automatizados, de acuerdo con lo establecido por la normativa de la protección de datos de carácter personal y, si procede, la normativa reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínicas. Las personas que tienen acceso a los mismos, en virtud de sus competencias, deben guardar el secreto profesional.

TÍTULO III

De la organización de los servicios de salud pública

CAPÍTULO I

Administración de la Generalidad

Artículo 12. *Competencias del Gobierno.*

1. Con relación a la Agencia de Salud Pública de Cataluña, corresponden al Gobierno, a propuesta de los departamentos competentes según la materia de que se trate, las siguientes competencias:

a) La aprobación, mediante un decreto formulado a propuesta del consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, de los estatutos de la Agencia.

b) La aprobación de la Cartera de servicios de salud pública.

c) La aprobación del proyecto de presupuesto de la Agencia.

d) La aprobación de los acuerdos de nombramiento y cese del director o directora de la Agencia.

2. Corresponde al Gobierno la aprobación del Plan interdepartamental e intersectorial de salud pública.

Artículo 13. *Competencias del departamento competente en materia de salud.*

1. Corresponden al departamento competente en materia de salud las siguientes competencias:

a) La determinación, en el marco de lo establecido por la presente ley, de los criterios, directrices y prioridades en salud pública que deben orientar las políticas preventivas y asistenciales en materia de salud, así como la planificación estratégica y operativa, la programación, la evaluación y el control en los ámbitos sanitario, sociosanitario y de salud mental.

b) La cooperación y coordinación entre todas las administraciones públicas competentes en materia de salud pública.

c) La tutela de la cooperación y coordinación entre los diferentes departamentos de la Generalidad implicados en las políticas de salud pública, mediante la secretaría sectorial de salud pública.

d) La coordinación entre las actuaciones en materia de salud pública y las actividades asistenciales que se llevan a cabo en los centros sanitarios de atención primaria y de atención especializada para mejorar el nivel de salud de los ciudadanos.

2. Con relación a la Agencia de Salud Pública de Cataluña, corresponden al departamento competente en materia de salud las siguientes competencias:

a) La determinación de los criterios, directrices y prioridades de las políticas de salud pública.

b) La vigilancia y tutela de la Agencia.

c) La coordinación de los programas de investigación y de los recursos públicos, a fin de alcanzar su máxima eficacia.

d) La presentación al Gobierno de la propuesta de Cartera de servicios de salud pública.

e) La presentación al Gobierno del proyecto de presupuesto de la Agencia.

f) La aprobación, modificación y revisión de los precios públicos relativos a la prestación de los servicios.

g) El nombramiento y cese de los miembros del Consejo Rector.

h) La presentación al Gobierno de las propuestas de nombramiento y cese del director o directora.

i) El nombramiento y cese de los directores de los servicios regionales.

j) El nombramiento y cese de los miembros del Consejo de Participación.

k) El nombramiento y cese de los miembros del Consejo Asesor de Salud Pública.

l) El nombramiento y cese de los miembros de la Comisión Directora de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria.

m) El nombramiento y cese de los miembros del Consejo de Salud Laboral.

Artículo 14. *Secretaría sectorial.*

El departamento competente en materia de salud debe crear una secretaría sectorial para dar el máximo impulso a las políticas y estrategias de salud pública, para garantizar las funciones de autoridad sanitaria y de órgano rector en materia de salud pública, y para velar por la eficacia, coordinación, evaluación y comunicación interdepartamentales, intersectoriales e internas de las actuaciones en esta materia.

CAPÍTULO II

La Agencia de Salud Pública de Cataluña

Sección Primera. Disposiciones generales

Artículos 15 a 18.

(Derogados).

Sección Segunda. Estructura orgánica

Artículo 19. *Órganos de dirección, participación y asesoramiento.*

(Derogado)

Artículo 20. *El Consejo de Administración.*

(Derogado)

Artículo 21. *Funciones del Consejo de Administración.*

(Derogado)

Artículo 22. *Funciones del presidente o presidenta del Consejo de Administración.*

(Derogado)

Artículo 23. *El director o directora.*

(Derogado)

Artículo 24. *Funciones del director o directora.*

(Derogado)

Artículo 25. *Consejo Asesor de Salud Pública.*

1. Se crea el Consejo Asesor de Salud Pública como órgano consultor sobre los aspectos técnicos y científicos de la salud pública.
2. El Consejo Asesor de Salud Pública está formado por personas expertas y de reconocida solvencia en el ámbito de la salud pública, nombradas por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Administración de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, para un periodo determinado.
3. Corresponden al Consejo Asesor de Salud Pública las siguientes funciones:

a) Asesorar los órganos de gobierno de la Agencia de Salud Pública de Cataluña en las cuestiones relacionadas con la salud pública.
b) Emitir dictámenes sobre aspectos relacionados con la salud pública que le encomiende el Consejo de Administración.

4. Los miembros del Consejo Asesor de Salud Pública deben ejercer sus funciones con imparcialidad e independencia y deben guardar reserva sobre las deliberaciones y decisiones que se adopten.
5. Los estatutos de la Agencia de Salud Pública de Cataluña deben determinar el sistema de designación y los requisitos que deben cumplir los miembros del Consejo Asesor de Salud Pública, su organización y sus normas de funcionamiento.

Artículo 26. *Los órganos de participación.*

1. El Consejo de Participación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y los órganos de participación territorial que se desarrollen de acuerdo con el artículo 19.2 son órganos de participación activa que ejercen funciones de participación ciudadana, asesoramiento, consulta y seguimiento sobre cuestiones relacionadas con la salud pública y la salud en general a fin de cooperar en la consecución de los objetivos que les son propios.
2. El Consejo de Participación es formado por los siguientes miembros:

a) El vicepresidente primero o vicepresidenta primera del Consejo de Administración, que lo preside.
b) El director o directora de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.
c) Un número de vocales designados por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Administración, entre representantes del ámbito académico y educativo, de las organizaciones de consumidores y usuarios, del movimiento vecinal, de las entidades de salud pública y de la seguridad alimentaria, de las corporaciones profesionales, de las sociedades científicas, de las

organizaciones empresariales, sindicales y sociales más representativas en cualquier ámbito de actividad relacionado con la salud pública, de los entes locales y de la Generalidad.

3. Los estatutos de la Agencia de Salud Pública de Cataluña deben determinar la composición, el sistema de designación de los miembros, la organización, las funciones y las normas de funcionamiento del Consejo de Participación.

Sección Tercera. Organización territorial

Artículos 27 a 30.

(Derogados).

Sección Cuarta. Régimen jurídico, recursos humanos y régimen económico, patrimonial y contable

Artículos 31 a 39.

(Derogados).

CAPÍTULO III

La seguridad alimentaria

Artículo 40. *La Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria.*

1. Se crea la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria (ACSA), que se configura como un área especializada de la Agencia de Salud Pública de Cataluña que actúa con plena independencia técnica, bajo las directrices de la Comisión Directora de Seguridad Alimentaria y con la estructura y los recursos humanos y económicos específicos para el cumplimiento de sus objetivos.

2. La Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria ejerce las competencias de evaluación y comunicación de los beneficios y riesgos para la salud de determinados componentes e ingredientes de los alimentos y de asesoramiento sobre estos beneficios y riesgos, junto con los organismos competentes en materia de seguridad alimentaria de ámbito estatal y europeo, así como de apoyo a la coordinación y planificación de la gestión del riesgo en materia de seguridad alimentaria.

Artículo 41. *Objetivos de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria.*

Los objetivos específicos de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria son los siguientes:

a) Actuar como centro referente en Cataluña en la evaluación, la comunicación y el asesoramiento de los beneficios y riesgos para la salud relacionados con los alimentos en el ámbito de sus funciones y en colaboración y coordinación, si procede, con los organismos competentes en materia de seguridad alimentaria de ámbito estatal y europeo.

b) Prestar apoyo técnico y científico a las actuaciones de los departamentos competentes en materia de salud, agricultura, alimentación, ganadería, pesca y consumo, de acuerdo con la legislación aplicable.

c) Colaborar con las administraciones públicas, con los distintos sectores que inciden, directa o indirectamente, en la seguridad alimentaria y con las organizaciones de consumidores y usuarios.

Artículo 42. *Funciones de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria.*

Corresponden a la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria las siguientes funciones:

a) Apoyar, para el cumplimiento de sus objetivos, a los organismos ejecutivos de inspección y control especializados en las distintas fases de la cadena alimentaria, dependientes de diferentes departamentos de la Administración de la Generalidad y de los entes locales, de acuerdo con la Ley 15/1990, el Decreto legislativo 2/2003, las disposiciones legales que los modifiquen o deroguen y la legislación específica.

b) Elaborar y promover estudios científicos de evaluación de la exposición de la población a los riesgos y beneficios para la salud ocasionados por los alimentos, que tengan en cuenta la totalidad de la cadena alimentaria.

c) Elaborar la propuesta de Plan de seguridad alimentaria y elevarlo al Consejo de Administración de la Agencia de Salud Pública de Cataluña para que, si procede, la apruebe y la eleve al Gobierno, a propuesta de los departamentos competentes en materia de salud, agricultura, alimentación, ganadería, pesca, consumo y medio ambiente.

d) Elaborar y aprobar la memoria anual sobre la situación de la seguridad alimentaria en Cataluña.

e) Apoyar, en el cumplimiento de las tareas asignadas por el Plan de seguridad alimentaria, a los diferentes órganos, tanto de la Administración de la Generalidad como de los entes locales, sujetándose, en este último caso, a lo establecido por la legislación de régimen local.

f) Evaluar el grado de consecución de los objetivos del Plan de seguridad alimentaria.

g) Gestionar la política de comunicación de los beneficios y riesgos en materia de seguridad alimentaria, sin perjuicio de las competencias que correspondan a los departamentos.

h) Elaborar las propuestas de disposiciones de carácter general destinadas a mejorar, actualizar, armonizar y hacer coherente la normativa en materia de seguridad alimentaria que se aplica en las distintas fases de la cadena alimentaria junto con los departamentos competentes en materia de salud, agricultura, alimentación, ganadería, pesca y, si procede, consumo y medio ambiente.

i) Asesorar a las administraciones locales y prestarles apoyo técnico para el desarrollo de sus competencias en materia de seguridad alimentaria.

j) Identificar las necesidades de formación continua que tienen los profesionales relacionados con la seguridad y calidad alimentarias, promover el diseño de programas marco de formación y participar en ellos, con la colaboración de los departamentos competentes en materia de salud, agricultura, alimentación, ganadería, pesca, consumo y medio ambiente.

k) Establecer mecanismos de información, publicidad y divulgación continuadas, de acuerdo con los principios de colaboración y coordinación con otros órganos competentes en esta materia, con la finalidad de informar a la ciudadanía de las cuestiones más relevantes en materia de seguridad y calidad alimentarias.

l) Evaluar los riesgos y beneficios de los nuevos alimentos, ingredientes y procesos en el ámbito de la actuación de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria.

m) Informar preceptivamente, a petición de los órganos competentes de las administraciones, sobre los proyectos de disposiciones generales relativas al control sanitario de alimentos, la sanidad animal, la sanidad vegetal, la nutrición de los animales, los productos zoosanitarios y fitosanitarios y la contaminación ambiental, si afectan directamente a la seguridad alimentaria.

Artículo 43. *El Plan de seguridad alimentaria.*

1. El Plan de seguridad alimentaria es el marco de referencia para las acciones públicas en esta materia de la Administración de la Generalidad y de los entes locales. Comprende las líneas directivas y de desarrollo de las actuaciones y los programas que se llevan a cabo para alcanzar las finalidades del Plan.

2. El procedimiento de elaboración del Plan de seguridad alimentaria debe garantizar la intervención de las administraciones, las instituciones, las sociedades científicas y los profesionales relacionados con la seguridad alimentaria, así como de la sociedad civil. El Gobierno, a propuesta de los departamentos competentes en materia de salud, agricultura, alimentación, ganadería y pesca, aprueba el Plan. El Gobierno debe enviar este plan al Parlamento.

3. El Plan de seguridad alimentaria tiene la misma vigencia que el Plan de salud de Cataluña.

4. El Plan de seguridad alimentaria debe incluir:

a) Los objetivos de seguridad alimentaria en cuanto a los siguientes ámbitos: la inocuidad de los alimentos; la sanidad, la nutrición y el bienestar de los animales; la sanidad vegetal; los productos zoosanitarios y fitosanitarios, y la contaminación ambiental, si afectan directamente a la seguridad alimentaria.

b) El conjunto de los servicios, programas y actuaciones que deben desarrollarse.

c) Los mecanismos de evaluación de los objetivos y del seguimiento del Plan.

Artículo 44. *El director o directora de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria.*

(Derogado).

Artículo 45. *Comisión Directora de Seguridad Alimentaria.*

1. Se crea la Comisión Directora de Seguridad Alimentaria como órgano directivo para los temas específicos de evaluación y comunicación de los beneficios y riesgos en seguridad alimentaria.

2. La Comisión Directora de Seguridad Alimentaria es formada por los siguientes miembros:

a) Tres representantes del departamento competente en materia de salud, uno de los cuales es el presidente o presidenta de la Comisión, nombrado por el Consejo de Administración de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

b) Tres representantes del departamento competente en materia de agricultura, alimentación, ganadería y pesca, uno de los cuales es el vicepresidente o vicepresidenta de la Comisión.

c) Dos representantes del departamento competente en materia de medio ambiente.

d) Dos representantes del departamento competente en materia de consumo.

e) Un representante o una representante del departamento competente en materia de comercio.

f) Dos representantes de los entes locales.

g) Dos representantes de las organizaciones empresariales del sector de la alimentación.

h) Un representante o una representante de las organizaciones agrarias más representativas.

i) Un representante o una representante de la Federación de Cooperativas Agrarias de Cataluña.

j) Un representante o una representante de las asociaciones de consumidores.

k) Un representante o una representante de las asociaciones relacionadas con la calidad y seguridad alimentarias más representativas.

3. Corresponden a la Comisión Directora de Seguridad Alimentaria las siguientes funciones:

a) Emitir un informe sobre la propuesta de Plan de seguridad alimentaria que debe enviarse al Consejo de Administración de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

b) Aprobar la memoria anual sobre la situación de la seguridad alimentaria en Cataluña.

c) Aprobar los criterios para la comunicación en el ámbito de la seguridad alimentaria.

d) Recomendar actuaciones, de acuerdo con la finalidad y los objetivos de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria, al director o directora de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

e) Analizar y proponer las acciones que deben emprenderse a partir de los dictámenes científicos.

f) Proponer al Consejo de Administración de la Agencia de Salud Pública de Cataluña el nombramiento de los vocales del Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria.

4. El consejero o consejera del departamento competente en materia de salud nombra y cesa a los miembros de la Comisión Directora de Seguridad Alimentaria a propuesta de cada una de las representaciones que la componen y, en cuanto a la representación de los entes locales, a propuesta de la Asociación Catalana de Municipios y Comarcas y de la Federación de Municipios de Cataluña, por partes iguales.

5. Los estatutos de la Agencia de Salud Pública de Cataluña deben establecer las normas de funcionamiento de la Comisión Directora de Seguridad Alimentaria.

Artículo 46. *Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria.*

1. Se crea el Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria como órgano asesor sobre los aspectos técnicos y científicos de la seguridad y calidad alimentarias.

2. El Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria está formado por un máximo de dieciséis expertos en seguridad alimentaria de solvencia reconocida, de las universidades y de los centros de investigación, nombrados por el Consejo de Administración de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, a propuesta de la Comisión Directora de Seguridad Alimentaria.

3. Corresponden al Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria las siguientes funciones:

a) Elaborar estudios científicos de evaluación de los riesgos en materia de seguridad alimentaria, sin perjuicio de las competencias que, en esta materia, corresponden a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria.

b) Emitir dictámenes sobre la efectividad de los procedimientos que deben aplicar las empresas alimentarias para prevenir, eliminar o reducir los riesgos hasta niveles aceptables.

c) Impulsar y hacer estudios científicos de evaluación de la exposición de la población a los diferentes riesgos vehiculados por los alimentos, en colaboración con las universidades catalanas y con otras instituciones públicas y privadas.

d) Proponer a la Comisión Directora de Seguridad Alimentaria la creación de grupos de trabajo, formados por expertos externos, para hacer estudios científicos específicos de evaluación de riesgos.

e) Analizar los datos, informes, estudios y conocimientos recopilados por los órganos de la Administración competentes en materia de seguridad alimentaria, así como las aportaciones de las organizaciones civiles.

f) Asesorar la Comisión Directora de Seguridad Alimentaria y las demás unidades de la Agencia de Salud Pública de Cataluña en las cuestiones relacionadas con la seguridad alimentaria y emitir informes sobre cualquier asunto de su competencia sobre el que sea consultado.

4. La Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria, mediante el Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria, emite dictámenes científicos sobre cuestiones de seguridad alimentaria. Estos dictámenes deben emitirse en el plazo de tres meses desde la presentación de la solicitud, salvo que circunstancias técnicas aconsejen su emisión en un plazo superior.

5. Los informes, estudios y dictámenes que emite el Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria en ejercicio de sus funciones deben ser públicos, salvo los casos en que el departamento competente en materia de salud determine lo contrario.

6. Los miembros del Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria y los expertos externos que participen en los grupos de trabajo deben comprometerse a actuar con independencia y en interés público y a guardar reserva sobre las decisiones que se adopten mientras no se den a conocer mediante los sistemas de publicación de acuerdos que se establezcan.

7. Los miembros del Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria no pueden ser cesados del cargo por razón de la opinión científica que expresen.

8. Los estatutos de la Agencia de Salud Pública de Cataluña deben establecer las normas de funcionamiento del Comité Científico Asesor de Seguridad Alimentaria.

Artículo 47. *Comunicación.*

1. La Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria debe establecer, de forma coordinada con otros órganos competentes en materia de seguridad y calidad alimentarias, mecanismos de información, publicidad y divulgación continuados para informar a la ciudadanía de las cuestiones más relevantes en esta materia. Además, debe adoptar canales de comunicación permanente con los sectores económicos y sociales relacionados directa o indirectamente con la seguridad y calidad alimentarias.

2. La Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria debe crear los sistemas de comunicación que garanticen el intercambio, con las demás administraciones públicas

competentes en materia de seguridad alimentaria, de la información necesaria para cumplir los objetivos de la presente ley.

3. La Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria debe garantizar que la información dirigida a la ciudadanía sea accesible, comprensible, adecuada, coherente y coordinada, para contribuir a incrementar la confianza de los consumidores, especialmente en situaciones de crisis.

4. La Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria debe mantener sistemas permanentes de recopilación y análisis de la información disponible, científica y técnica, relacionada con la seguridad y calidad alimentarias.

CAPÍTULO IV

Salud laboral

Artículo 48. *Actuaciones en salud laboral.*

1. La Agencia de Salud Pública de Cataluña es el organismo que hace efectiva la coordinación del departamento competente en materia de salud con las administraciones públicas y los organismos competentes en el ejercicio de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de vigilancia, promoción y protección de la salud y de prevención de las enfermedades y los problemas de salud relacionados con el trabajo, sin perjuicio de las competencias que en esta materia correspondan al departamento competente en materia de trabajo, seguridad y salud laborales y prevención de riesgos laborales.

2. La Agencia de Salud Pública de Cataluña, de forma coordinada y cooperante con las administraciones públicas y los organismos a que se refiere el apartado 1, ha de llevar a cabo las siguientes actuaciones:

a) Valorar los problemas de salud de los trabajadores basándose en los datos sobre daños a la salud y factores de riesgo derivados del trabajo.

b) Desarrollar un sistema de vigilancia de enfermedades y problemas de salud relacionados con el trabajo.

c) Establecer y revisar los protocolos para la vigilancia de la salud individual de los trabajadores expuestos a riesgos laborales.

d) Colaborar en la investigación y el control de los brotes epidémicos de origen laboral.

e) Desarrollar los programas de vigilancia de la salud posocupacional, de acuerdo con la legislación de riesgos laborales.

f) Establecer una red de centros de referencia para el diagnóstico de patologías profesionales, mediante convenios específicos con centros asistenciales.

g) Apoyar a los servicios asistenciales, sanitarios y farmacéuticos, especialmente en el nivel de la atención primaria, para que puedan gestionar correctamente los casos de patología profesional.

h) Apoyar a las empresas y a los servicios de prevención de riesgos laborales, propios y ajenos, para que puedan realizar sus actividades de salud laboral.

i) Colaborar con el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y el departamento competente en materia de trabajo, seguridad y salud laborales y prevención de riesgos laborales para notificar y gestionar casos de patología laboral.

j) Promover, supervisar y evaluar la calidad de las actividades de salud laboral de los servicios de prevención de riesgos laborales.

k) Promover la realización en el puesto de trabajo de actividades de protección y promoción de la salud y de prevención de las enfermedades y los problemas relacionados con el trabajo, en coordinación con las estructuras de atención primaria de salud, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y los servicios de prevención de riesgos laborales.

l) Coordinar las actividades de salud laboral que la Agencia de Salud Pública de Cataluña realiza con el departamento competente en materia de trabajo, seguridad y salud laborales y prevención de riesgos laborales.

m) Establecer los medios adecuados para evaluar y controlar las actuaciones sanitarias que los servicios de prevención realicen en las empresas. A tal fin, deben establecerse las pautas y los protocolos de las actuaciones, una vez escuchadas las sociedades científicas y

los agentes sociales, a los que deben someterse los servicios de prevención. Las pautas y los protocolos deben establecer medidas que incluyan los factores organizacionales y psicosociales y que tengan en cuenta el bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

n) Contribuir a la promoción de la investigación en salud laboral necesaria para identificar y prevenir patologías que, con carácter general, las condiciones de trabajo puedan producir o agravar.

o) Promover la formación en el ámbito de las profesiones relacionadas con la salud laboral.

p) Supervisar la formación que, en el campo de la prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario de los servicios de prevención autorizados en el ámbito territorial de Cataluña.

q) Promover la formación en salud laboral de los profesionales sanitarios, especialmente los de la atención primaria de salud.

r) Participar en estrategias para la protección ante el acoso sexual y el asedio por razón de sexo con el fin de mejorar la salud laboral.

s) Las demás actuaciones que promuevan la mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de los problemas de salud relacionados con el trabajo.

3. Para que las actuaciones a que se refiere el apartado 2 puedan llevarse a cabo adecuadamente, en el ámbito de la Agencia de Salud Pública de Cataluña debe constituirse una unidad de salud laboral central, con las siguientes funciones:

a) Definir, desarrollar y mantener el sistema de información de salud laboral establecido por la normativa vigente.

b) Planificar y gestionar las actuaciones de salud laboral de la Agencia.

c) Coordinar la red de unidades de salud laboral y apoyarlas.

Artículo 49. *Consejo de Salud Laboral.*

1. Se crea el Consejo de Salud Laboral como órgano consultivo y participativo para las cuestiones referentes a la salud laboral.

2. El Consejo de Salud Laboral es presidido por el director o directora de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y está integrado por representantes del departamento competente en materia de trabajo, seguridad y salud laborales y prevención de riesgos laborales; del departamento competente en materia de salud; de las administraciones públicas y los organismos competentes en materia de salud laboral; de las entidades sindicales y empresariales más representativas de Cataluña; de las sociedades científicas y de las entidades más representativas relacionadas con la salud laboral, y de las entidades gestoras y colaboradoras de la Seguridad Social, todos ellos nombrados por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Administración de la Agencia.

3. Los estatutos de la Agencia de Salud Pública de Cataluña deben establecer las funciones y las normas de funcionamiento del Consejo de Salud Laboral.

CAPÍTULO V

Red de Vigilancia de la Salud Pública

Artículo 50. *Creación de la Red de Vigilancia de la Salud Pública.*

1. La Red de Vigilancia de la Salud Pública está integrada por el conjunto de unidades de vigilancia epidemiológica del departamento competente en materia de salud.

2. La Red de Vigilancia de la Salud Pública tiene como funciones principales las siguientes:

a) La vigilancia de las enfermedades transmisibles y de sus determinantes.

b) El análisis de los principales problemas de salud y de sus determinantes, incluidas las enfermedades epidémicas, y de los relacionados con los estilos de vida y los contextos sociales que exigen respuestas coordinadas intersectoriales.

c) La vigilancia de las resistencias antimicrobianas y de la infección nosocomial.

d) La vigilancia sistemática de los efectos sobre la salud de riesgos ambientales y del trabajo.

e) La respuesta rápida a emergencias de salud pública y el apoyo a la gestión del sistema de alertas.

f) La elaboración de planes de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias en colaboración con el sistema asistencial y demás sectores implicados.

g) La vigilancia de las enfermedades emergentes y las enfermedades importadas.

h) La elaboración de estudios vinculados a otras necesidades de la vigilancia de la salud pública.

CAPÍTULO VI

Red de laboratorios de salud pública

Artículo 51. *Creación de la red de laboratorios de salud pública.*

1. Se crea la red de laboratorios de salud pública, integrada por la red de laboratorios de salud ambiental y alimentaria de utilización pública y por otros laboratorios, de diferentes campos analíticos y de titularidad pública o privada, con el objetivo de atender las necesidades de análisis en materia de salud pública y asegurar la calidad de los servicios.

2. Deben establecerse por reglamento los requisitos y el procedimiento de inclusión y exclusión de la red de laboratorios de salud pública.

3. La red de laboratorios de salud pública tiene como funciones principales las siguientes:

a) Proveer resultados analíticos fiables para la evaluación y vigilancia de los peligros relacionados con la salud ambiental.

b) Proveer resultados analíticos fiables para la evaluación y vigilancia de los peligros relacionados con la seguridad alimentaria.

c) Proveer resultados analíticos fiables para la evaluación y vigilancia de enfermedades infecciosas, transmisibles, crónicas y genéticas.

d) Intervenir en emergencias relacionadas con la salud pública, prestando apoyo analítico a la identificación de peligros, fuentes de infección, portadores y demás factores de riesgo.

e) Prestar apoyo analítico a estudios y proyectos de investigación en salud pública.

f) Participar en la formación e investigación en el campo de las tecnologías analíticas aplicables a la salud pública.

g) Establecer programas de garantía de la calidad de los laboratorios.

h) Prestar apoyo y asesoramiento para el diseño de programas de control y vigilancia de la salud pública.

i) Prestar apoyo y asesoramiento analítico a las autoridades sanitarias en la elaboración, el desarrollo y la aplicación de normas en el campo de la salud pública.

4. En caso de emergencias relacionadas con la salud pública, la Administración puede pedir la colaboración de los laboratorios que no forman parte de la red de laboratorios de salud pública.

CAPÍTULO VII

Los servicios de los entes locales en materia de salud pública

Artículo 52. *Los servicios mínimos de los entes locales.*

Los ayuntamientos, de acuerdo con las competencias que les atribuyen la Ley 15/1990, de ordenación sanitaria de Cataluña, y el Decreto legislativo 2/2003, de 28 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley municipal y de régimen local de Cataluña, y la normativa sanitaria específica, son competentes para prestar los siguientes servicios mínimos en materia de salud pública:

a) La educación sanitaria en el ámbito de las competencias locales.
b) La gestión del riesgo para la salud derivado de la contaminación del medio.
c) La gestión del riesgo para la salud en cuanto a las aguas de consumo público.
d) La gestión del riesgo para la salud en los equipamientos públicos y los lugares habitados, incluidas las piscinas.
e) La gestión del riesgo para la salud en las actividades de tatuaje, micropigmentación y piercing.
f) La gestión del riesgo para la salud derivado de los productos alimentarios en las actividades del comercio minorista, del servicio y la venta directa de alimentos preparados a los consumidores, como actividad principal o complementaria de un establecimiento, con o sin reparto a domicilio, de la producción de ámbito local y del transporte urbano. Se excluye la actividad de suministro de alimentos preparados para colectividades, para otros establecimientos o para puntos de venta.
g) La gestión del riesgo para la salud derivado de los animales domésticos, de los animales de compañía, de los animales salvajes urbanos y de las plagas.
h) La policía sanitaria mortuoria en el ámbito de las competencias locales.
i) Las demás actividades de competencia de los ayuntamientos en materia de salud pública, de acuerdo con la legislación vigente en esta materia.

Artículo 53. *La prestación de servicios de salud pública de los entes locales.*

1. Los entes locales pueden prestar los servicios mínimos de salud pública a que se refiere el artículo 52 directamente o por cualquiera de las formas de gestión establecidas por la legislación de régimen local. Por razones de eficacia y en los casos en que los entes locales no tengan los medios humanos o técnicos idóneos para prestar los servicios que les atribuye la presente ley, pueden encargar la gestión de actividades de carácter material, técnico o de servicios de su competencia a la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Este encargo de gestión debe formalizarse mediante la suscripción de un convenio entre la Agencia y el ente local correspondiente.
2. Los convenios de encargo de gestión de servicios de salud pública a que se refiere el apartado 1 deben establecer al menos:

a) Las actividades o los servicios mínimos de competencia de los entes locales que la Agencia de Salud Pública de Cataluña debe prestar, mediante el equipo de salud pública, en el territorio del ente correspondiente.
b) El personal y los recursos materiales propios que el ente local adscriba al equipo de salud pública para la prestación de las actividades o los servicios encargados.
c) La aportación económica, en el caso de los servicios que, sin tener la consideración de servicios mínimos obligatorios, ambas partes acuerden.

3. La cuantificación de los costes del conjunto de medios humanos y materiales que el ente local adscriba al equipo de salud pública para la prestación de las actividades o los servicios mínimos encargados tiene la consideración de aportación económica a los efectos de lo establecido por el apartado 2.c.
4. Los entes locales, en ejercicio de sus respectivas competencias en materia de salud pública, pueden adoptar las medidas de intervención administrativa a que se refiere el título IV.
5. La Agencia de Salud Pública de Cataluña debe informar al ente local que corresponda de los resultados de las intervenciones relacionados con los servicios que preste si se trata de servicios mínimos que son competencia de los entes locales. Asimismo, si la Agencia presta servicios que son competencia de los entes locales, el ente local correspondiente puede participar en los procedimientos de contratación que la Agencia incoe a los efectos de la ejecución de las funciones correspondientes.
6. La gestión administrativa de los resultados de las actuaciones de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, en materias de competencia local, corresponde a la administración local pertinente, salvo que el convenio firmado con la Agencia establezca otra cosa.
7. Los entes locales deben disponer de los recursos económicos y materiales suficientes para ejercer las competencias en materia de salud pública con eficacia y eficiencia, teniendo en cuenta la cooperación económica y técnica de los entes supralocales de acuerdo con lo

establecido por la normativa de régimen local, sin perjuicio de los programas de colaboración financiera específica que, de acuerdo con la normativa de cooperación local, la Administración de la Generalidad establezca para actividades de salud pública.

8. Las organizaciones asociativas de entes locales y la Agencia de Salud Pública de Cataluña deben suscribir un convenio marco de relaciones que establezca el régimen general de los compromisos que deben incluirse en los convenios suscritos entre los entes locales y la Agencia, así como los correspondientes mecanismos de seguimiento.

9. El departamento competente en materia de salud debe garantizar la prestación de los servicios mínimos obligatorios de competencia local en los términos que se pacten en el convenio marco de relaciones entre la Agencia de Salud Pública de Cataluña y las organizaciones asociativas de entes locales.

TÍTULO IV

De la intervención administrativa en materia de salud pública

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 54. *Responsabilidad y autocontrol.*

1. Las personas, físicas o jurídicas, titulares de las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias en que se realizan actividades que inciden o pueden incidir en la salud de las personas son responsables de la higiene y de la seguridad sanitaria de los locales e instalaciones y de sus anexos, de los procesos y de los productos o sustancias que derivan de ellos, y deben establecer procedimientos de autocontrol eficaces para garantizar su seguridad sanitaria.

2. Las administraciones públicas competentes en materia de higiene y seguridad sanitaria deben garantizar el cumplimiento de la obligación establecida por el apartado 1 mediante el establecimiento de sistemas de vigilancia y supervisión adecuados e idóneos.

3. Las personas físicas son responsables de sus actos y de las conductas que influyen en la salud propia y ajena.

Artículo 55. *Intervención administrativa en protección de la salud y prevención de la enfermedad.*

1. La autoridad sanitaria, mediante los órganos competentes, puede intervenir en las actividades públicas y privadas para proteger la salud de la población y prevenir la enfermedad. A tal fin, puede:

a) Establecer sistemas de vigilancia, redes de comunicaciones y análisis de datos que permitan detectar y conocer, tan rápidamente como sea posible, la proximidad o presencia de situaciones que puedan repercutir negativamente en la salud individual o colectiva.

b) Establecer la exigencia de registros, autorizaciones, comunicaciones previas o declaraciones responsables a instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, productos y actividades, con sujeción a las condiciones establecidas por el artículo 61 y, en todo caso, de acuerdo con la normativa sectorial.

c) Establecer prohibiciones y requisitos mínimos para la producción, la distribución, la comercialización y el uso de bienes y productos, y para las prácticas que comporten un perjuicio o una amenaza para la salud.

d) Controlar la publicidad y propaganda de productos y actividades que puedan incidir en la salud, con la finalidad de ajustarlas a criterios de veracidad y evitar todo lo que pueda suponer un perjuicio para la salud.

e) Establecer y controlar las condiciones higiénico-sanitarias, de funcionamiento y desarrollo de actividades que puedan repercutir en la salud de las personas.

f) Adoptar las medidas cautelares pertinentes si se produce un riesgo para la salud individual o colectiva o si se sospecha razonablemente que puede haber uno, ante el incumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos por el ordenamiento jurídico, así

como en aplicación del principio de precaución. Estas medidas deben adoptarse de acuerdo con lo establecido por el artículo 63.

g) Acordar la clausura o el cierre de las instalaciones, los establecimientos, los servicios o las industrias que no dispongan de las autorizaciones sanitarias o que no cumplan las obligaciones de comunicación previa o de declaración responsable, de acuerdo con la normativa sectorial aplicable.

h) El decomiso y la destrucción de los bienes o productos deteriorados, caducados, adulterados o no autorizados, así como de los productos que, por razones de protección de la salud o prevención de la enfermedad, sea aconsejable destruir, reexpedir o destinar a otros usos autorizados.

i) Requerir a los titulares de las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias que hagan modificaciones estructurales o que adopten medidas preventivas y correctoras para enmendar las deficiencias higiénicas y sanitarias.

j) Adoptar medidas de reconocimiento médico, tratamiento, hospitalización o control si hay indicios racionales de la existencia de peligro para la salud de las personas a causa de una circunstancia concreta de una persona o un grupo de personas o por las condiciones en que se realiza una actividad. También pueden adoptarse medidas para el control de las personas que estén o hayan estado en contacto con los enfermos o los portadores. Estas medidas deben adoptarse en el marco de la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, y de la Ley del Estado 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa, y de las disposiciones legales que las modifiquen o deroguen.

k) En situaciones de pandemia o epidemia declaradas por las autoridades competentes, las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de limitación a la actividad, del desplazamiento de las personas y la prestación de servicios en determinados ámbitos territoriales previstas en el anexo 3, de acuerdo con lo que dispone el artículo 55 bis.

2. Las medidas a que se refiere el apartado 1 deben adoptarse respetando los derechos que la Constitución reconoce a los ciudadanos, especialmente el derecho a la intimidad personal, de acuerdo con lo establecido por la normativa de protección de datos de carácter personal y con los procedimientos que esta normativa y las demás normas aplicables hayan establecido, y disponiendo de las autorizaciones preceptivas.

Artículo 55 bis. *Procedimiento para la adopción de medidas en situación de pandemia declarada.(*).*

1. La adopción de las medidas a que hace referencia la letra k) del artículo anterior tienen por objeto garantizar el control de contagios y proteger la salud de las personas, adecuándose al principio de proporcionalidad.

A estos efectos, la adopción de las medidas indicadas requerirá la emisión de un informe emitido por el director/a de la Agencia de Salud Pública, en los aspectos asistenciales a propuesta del Servicio Catalán de la Salud y en los aspectos epidemiológicos y de salud pública, a propuesta de la propia Agencia, el cual tendrá por objeto acreditar la situación actual de riesgo de contagio, la situación de control de la pandemia, la suficiencia de las medidas, y propondrá las medidas a adoptar.

Los informes se ajustarán a los parámetros establecidos en los anexos del Decreto-ley 27/2020, de 13 de julio, de modificación de la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública y de adopción de medidas urgentes para hacer frente al riesgo de brotes de la COVID-19.

2. Siempre que sea posible, la resolución formulará recomendaciones a seguir para evitar riesgos de contagio. En caso de que se establezcan medidas de carácter obligatorio, se tiene que advertir expresamente de esta obligatoriedad, la cual estará fundamentada en los informes emitidos.

La resolución indicará expresamente la existencia o no del mantenimiento de los servicios esenciales, entre los indicados en el anexo 2.

3. La resolución que establezca las medidas indicará su duración, que en principio no tiene que ser superior a 15 días, excepción hecha que se justifique el necesario establecimiento de un plazo superior, sin perjuicio de que se pueda pedir la prórroga,

justificando el mantenimiento de las condiciones que justificaron su adopción. En todo caso, se emitirán informes periódicos de los efectos de las medidas, así como un informe final, una vez agotadas estas.

4. El establecimiento de las medidas mencionadas se tendrá que llevar a cabo teniendo en cuenta siempre a la menor afectación a los derechos de las personas, y siempre que sea posible, se tendrán que ajustar territorialmente al mínimo ámbito necesario para su efectividad.

5. La resolución por la cual se adopten las medidas concretas podrá establecer mecanismos de graduación de las medidas en función de la evolución de los indicadores.

(*)Véase, en relación a los indicadores citados, el Anexo I del Decreto-ley 27/2020, de 13 de julio. Ref. BOE-A-2020-9555

Artículo 56. *Principios informadores de la intervención administrativa.*

Las medidas a que se refiere el presente título deben adoptarse respetando los siguientes principios:

a) Es preferida la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.

b) No pueden ordenarse medidas que supongan un riesgo para la vida de las personas.

c) Son preferidas las medidas que perjudican menos el principio de libre circulación de las personas y los bienes, la libertad de empresa y los demás derechos de la ciudadanía.

d) La medida debe ser proporcional a las finalidades perseguidas y a la situación que la motiva.

Artículo 57. *Colaboración con la Administración sanitaria.*

1. Las administraciones públicas, en el marco de sus competencias, así como las instituciones y entidades privadas y los particulares, tienen el deber de colaborar con las autoridades sanitarias y sus agentes si es preciso para la efectividad de las medidas adoptadas.

2. La comparecencia de los ciudadanos ante las oficinas públicas, si es precisa para proteger la salud pública, es obligatoria. El requerimiento de comparecencia debe ser debidamente motivado.

3. Los ciudadanos que voluntariamente participen en programas poblacionales de prevención de enfermedades tienen el derecho de tener toda la información relevante sobre las consecuencias potenciales de las actividades de estos programas, de acuerdo con el procedimiento que se establezca reglamentariamente.

Artículo 58. *Información a la autoridad sanitaria.*

1. Si los titulares de instalaciones, establecimientos, servicios o industrias detectan la existencia de riesgos para la salud derivados de la actividad o de los productos respectivos, deben informar de ello inmediatamente a la autoridad sanitaria correspondiente y deben retirar, si procede, el producto del mercado o deben cesar la actividad, de la forma que se determine reglamentariamente.

2. La Agencia de Salud Pública de Cataluña puede establecer los protocolos que deben regular los procedimientos de información a las autoridades competentes en materia de salud pública y el contenido de la comunicación correspondiente.

CAPÍTULO II

Vigilancia y control

Artículo 59. *Agentes de la autoridad sanitaria.*

1. Los funcionarios públicos de las administraciones competentes en materia de salud pública, debidamente acreditados, tienen la condición de agentes de la autoridad y, en el ejercicio de sus funciones, están autorizados a:

a) Entrar libremente y sin notificación previa, en cualquier momento, en los centros, servicios, establecimientos o instalaciones sujetos a la presente ley.

b) Hacer las pruebas, las investigaciones, la toma de muestras, los exámenes o los controles físicos, documentales y de identidad necesarios para comprobar el cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de salud pública. En cualquier caso, estas intervenciones están sujetas a autorización judicial en los casos en que sea exigible, salvo que la persona afectada haya dado su consentimiento.

c) Hacer, en general, las actuaciones necesarias para cumplir las funciones de vigilancia y control sanitarios que les corresponden.

d) Adoptar, en el marco de sus competencias, las medidas cautelares no expresamente reservadas por la normativa que desarrolla la presente ley a la autoridad sanitaria, si se produce un riesgo para la salud individual o colectiva, se sospecha razonablemente que puede existir uno o se constata que se han incumplido los requisitos y condiciones que establece el ordenamiento jurídico, de acuerdo con lo establecido por la presente ley. Tan pronto como sea posible, deben dar cuenta de la adopción de estas medidas al titular o la titular del centro directivo al que están adscritos.

2. Los hechos constatados por agentes de la autoridad que se formalicen en documentos públicos, de acuerdo con los requisitos legales pertinentes, tienen valor probatorio, sin perjuicio de las pruebas que los administrados puedan aportar en defensa de sus derechos e intereses.

Artículo 60. *Toma de muestras y control analítico.*

1. La toma de muestras debe ser practicada por personal funcionario de las administraciones sanitarias competentes en materia de salud pública, debidamente auxiliados para hacer las operaciones materiales, si procede.

2. Los datos y circunstancias necesarios para identificar las muestras y sus características, así como las demás informaciones relevantes con relación a la toma de muestras, deben hacerse constar en un acta. Esta acta debe levantarse ante el titular o la titular de la empresa o el establecimiento sometido a inspección o ante su representante legal o persona responsable o, en su defecto, ante un empleado o empleada. Si estas personas se niegan a firmar el acta, esta debe levantarse ante un testigo o una testigo, siempre que eso sea posible.

3. Las pruebas analíticas deben hacerse en establecimientos acreditados de la red de laboratorios de salud pública. Una vez hecho el control analítico, debe emitirse, tan pronto como sea técnicamente posible, un dictamen claro y preciso sobre la muestra analizada.

4. La toma de muestras y su análisis deben seguir el siguiente procedimiento:

a) Las muestras deben tomarse por triplicado, excepto que sea materialmente imposible, que la norma sectorial disponga lo contrario o que situaciones de riesgo para la salud justifiquen que se haga de otro modo. Las muestras deben precintarse, si procede. Una muestra, junto con una copia del acta, debe quedarse en la empresa o en el establecimiento sometido a inspección, que debe conservarla en depósito, en las condiciones debidas, para que pueda utilizarse en prueba contradictoria, si procede. La desaparición, la destrucción o el deterioro de esta muestra supone la aceptación del resultado del análisis inicial. Las otras dos muestras deben estar a disposición de la Administración, que ha de entregar una al laboratorio que debe hacer el análisis inicial. Si la empresa o el establecimiento inspeccionados actúan solo como distribuidores o comercializadores y no intervienen en la conservación del producto, la Administración puede quedarse las tres muestras y a la empresa o el establecimiento solo debe dársele una copia del acta. En este caso, la Administración debe enviar una copia del acta a la empresa o industria productora y poner a su disposición una de las muestras.

b) Una vez se tenga el resultado del análisis inicial, la persona interesada, si no está de acuerdo, puede solicitar, si es materialmente posible, dentro de los cinco días siguientes a la notificación del dictamen, que se practique un análisis contradictorio, de acuerdo con una de las dos opciones siguientes:

Primera.–La persona interesada debe designar un perito o perita de parte, que debe intervenir en la práctica de la prueba analítica contradictoria, la cual debe hacerse en el

mismo laboratorio que haya hecho el análisis inicial, en las mismas condiciones y siguiendo las mismas técnicas.

Segunda.–La persona interesada debe justificar que ha enviado su muestra a un establecimiento acreditado para que un facultativo o facultativa designado por el laboratorio realice el análisis contradictorio, utilizando las mismas técnicas utilizadas en el análisis inicial. El resultado analítico y, en su caso, el dictamen técnico complementario deben enviarse a la Administración en el plazo de un mes a partir de la solicitud de análisis contradictorio. Una vez transcurrido este plazo sin que se haya presentado el resultado analítico y, en su caso, el dictamen complementario, se entiende que la persona interesada acepta el resultado del análisis inicial.

c) La renuncia expresa o tácita a practicar el análisis contradictorio o la no aportación de la muestra de la persona interesada supone la aceptación de los resultados y, en su caso, del dictamen del análisis inicial.

d) Si existe discrepancia entre los resultados de los análisis inicial y contradictorio, el órgano competente debe dar la opción a la empresa o el establecimiento sometido a inspección para que escoja un laboratorio, siempre que sea posible, de entre tres acreditados de la red de laboratorios de salud pública propuestos por la Administración. El laboratorio escogido, teniendo en cuenta los antecedentes de las pruebas inicial y contradictoria, debe practicar con carácter urgente un tercer análisis, que es dirimente y definitivo. Si no es posible recorrer a otro laboratorio para hacer el tercer análisis, debe designarse el mismo que haya practicado el análisis inicial.

5. Si se han tomado únicamente dos muestras, debe seguirse el procedimiento que el apartado 4 establece para la muestra inicial y la contradictoria. Si existe discrepancia entre el resultado analítico inicial y el contradictorio, es preciso atenerse al que establece el contradictorio.

6. El funcionario público o funcionaria pública que haya efectuado la toma de muestras, si se ha tomado solo una, debe trasladarla, debidamente precintada, al laboratorio, junto con una copia del acta de inspección, en la que deben hacerse constar el laboratorio que debe practicar el análisis oficial y el día y la hora en que debe practicarse, así como la indicación de que, si la persona interesada lo considera conveniente, puede asistir con un perito o perita de parte, con competencia profesional suficiente en los procesos técnicos de análisis, y que la renuncia expresa o tácita a ir acompañado de un perito o perita de parte supone la aceptación de los resultados analíticos que se obtengan. El resultado del análisis debe comunicarse a la persona interesada y a la autoridad administrativa competente para que, si procede, se adopten las medidas pertinentes.

7. Si existen suficientes indicios para considerar que la salud individual o colectiva está en peligro, en el caso de productos de conservación difícil o de productos alterables en general, o si las circunstancias lo aconsejan, los análisis deben hacerse notificándolo previamente a la persona interesada para que acuda asistida de un perito o perita con la titulación adecuada a fin de practicar en un solo acto las pruebas inicial y contradictoria necesarias. Si existe disconformidad respecto a los resultados, acto seguido, incluso sin solución de continuidad, un perito o perita independiente designado y convocado previamente por la Administración debe realizar un tercer examen, prueba o control.

8. Los gastos derivados de los análisis iniciales corren a cargo de la Administración. Los gastos originados por la práctica de los análisis contradictorios corren a cargo de la persona interesada si el resultado es igual al inicial. Los gastos derivados de las pruebas analíticas dirimentes corren a cargo de la persona interesada o de la Administración, según si el resultado ratifica, respectivamente, el resultado inicial o el contradictorio.

En caso de que la toma de muestras se realice por sospecha fundamentada de incumplimiento de la normativa sanitaria de aplicación, los gastos derivados de los análisis corren a cargo de la Administración, salvo que el resultado final confirme este incumplimiento. En este caso, todos los gastos de los análisis corren a cargo de la persona interesada.

Artículo 61. *Autorizaciones y registros sanitarios.*

1. Las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias en que se lleven a cabo actividades que puedan tener incidencia en la salud pública están sujetos al trámite de autorización sanitaria de funcionamiento previa si la normativa sectorial aplicable lo establece. Deben regularse por reglamento el contenido de la autorización sanitaria correspondiente y los criterios y requisitos para su otorgamiento.

La autoridad sanitaria puede establecer, de acuerdo con la normativa sectorial aplicable, la obligación de presentar una declaración responsable o una comunicación previa al inicio de la actividad para las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias que lleven a cabo actividades que pueden tener incidencia en la salud. Deben regularse por reglamento el régimen de comunicación previa o declaración responsable y los requisitos para acceder a la actividad y para ejercerla.

2. La autorización sanitaria a que se refiere el apartado 1 debe ser otorgada por las administraciones sanitarias a que corresponde la competencia de control, de acuerdo con las competencias que les atribuyen la presente ley, los reglamentos que la desarrollan y el texto refundido de la Ley municipal y de régimen local de Cataluña. El régimen de intervención administrativa de las actividades económicas que la presente ley y la normativa sectorial en materia de salud pública atribuyen a los municipios y a otros entes locales se rige por esta normativa específica.

3. Las administraciones sanitarias, de acuerdo con el ámbito competencial establecido y con lo que se establezca reglamentariamente, deben constituir los registros necesarios para facilitar las tareas de control sanitario de las instalaciones, los establecimientos, los servicios, las industrias, las actividades y los productos. Estos registros deben sujetarse a la normativa reguladora de protección de datos de carácter personal y deben ser establecidos y gestionados por las administraciones sanitarias a que corresponde la competencia de control, de acuerdo con el ámbito competencial atribuido a cada una.

Artículo 62. *Entidades colaboradoras de la Administración.*

1. Sin perjuicio de lo establecido por el presente capítulo, las actividades de inspección, vigilancia y control en materia de salud pública pueden encargarse a entidades debidamente autorizadas. En todo caso, las funciones establecidas por el artículo 59.1.d deben ser ejercidas por funcionarios públicos.

2. Para el ejercicio de las actividades de inspección, vigilancia y control, las entidades deben acreditar que poseen los medios financieros y materiales y la competencia profesional pertinentes, así como que están dotadas de garantías de imparcialidad y objetividad.

3. Los ámbitos de actuación de las entidades colaboradoras de la Administración, sus funciones y los requisitos y procedimiento para ser autorizadas, salvo los ámbitos en los que ya existe una normativa aplicable, deben establecerse reglamentariamente.

4. Las actuaciones de una entidad pueden ser objeto de reclamación ante la propia entidad. Si no se atiende la reclamación, puede presentarse un recurso administrativo, de acuerdo con la legislación aplicable, ante la autoridad de salud pública competente, en los términos que se establezcan reglamentariamente.

5. La Agencia de Salud Pública de Cataluña debe supervisar las entidades autorizadas y puede practicar las comprobaciones y evaluaciones que sean pertinentes sobre la actividad realizada.

CAPÍTULO III

Medidas cautelares

Artículo 63. *Medidas cautelares.*

1. Si, como consecuencia de las actividades de vigilancia y control, se comprueba que existe riesgo para la salud individual o colectiva o se observa el incumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos por el ordenamiento vigente en materia de salud pública, o existen indicios razonables de ello, las autoridades sanitarias y, si procede, sus

agentes, de acuerdo con lo establecido por la presente ley, deben adoptar las siguientes medidas cautelares:

a) La inmovilización y, si procede, el decomiso de productos y sustancias.
b) El cierre preventivo de las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias.
c) La suspensión de la autorización sanitaria de funcionamiento o la suspensión o prohibición del ejercicio de actividades, o bien ambas medidas a la vez.
d) La intervención de medios materiales o humanos.
e) La determinación de condiciones previas en cualquier fase de la fabricación o comercialización de productos y sustancias, así como del funcionamiento de las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias, con la finalidad de que corrijan las deficiencias detectadas.
f) Prohibir la comercialización de un producto u ordenar su retirada del mercado y, si es preciso, acordar su destrucción en condiciones adecuadas.
g) Cualquier otra medida si existe riesgo para la salud individual o colectiva o si se observa el incumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos por el ordenamiento vigente o si existen indicios razonables de ello.

2. Las medidas cautelares a que se refiere el apartado 1 también pueden adoptarse en aplicación del principio de precaución. En este caso, con carácter previo a la resolución por la que se adopta la medida cautelar, se debe dar audiencia a las partes interesadas para que, en el plazo de diez días, puedan presentar las alegaciones y los documentos pertinentes.
3. Si se produce un riesgo debido a la situación sanitaria de una persona o de un grupo de personas, las autoridades sanitarias competentes para garantizar la salud pública pueden adoptar cualquier medida de las establecidas por la legislación, de acuerdo con lo dispuesto por la Ley orgánica 3/1986 y la Ley del Estado 29/1998. Si la situación de riesgo que determina la adopción de la medida cautelar puede comprometer la salud de los trabajadores, la autoridad sanitaria debe comunicarlo al departamento competente en materia de trabajo y prevención de riesgos laborales a los efectos de lo establecido por el artículo 44 de la Ley del Estado 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
4. Las medidas cautelares, que no tienen carácter de sanción, deben mantenerse el tiempo que exija la situación de riesgo que las justifica.
5. El Gobierno y los órganos competentes de los entes locales deben establecer, mediante un reglamento, los órganos competentes, en el ámbito de actuación respectivo, para imponer las medidas cautelares establecidas por la presente ley.

Artículo 64. *Gastos.*

Los gastos que se deriven de la adopción de alguna de las medidas cautelares a que se refiere el artículo 63 corren a cargo de las personas físicas o jurídicas responsables, si procede.

Artículo 65. *Multas coercitivas.*

1. Si se constata el incumplimiento de las medidas cautelares a que se refiere el artículo 63 o de los requerimientos a que se refiere el artículo 55.1.i, pueden imponerse multas coercitivas.
2. Las multas coercitivas, que no pueden exceder los 6.000 euros, son impuestas mediante una resolución del mismo órgano que dictó la medida cautelar o el requerimiento que se ha incumplido.
3. Las multas coercitivas pueden imponerse hasta un máximo de tres veces, no tienen carácter de sanción y son independientes de las que pueden imponerse como consecuencia de un procedimiento sancionador, con las cuales son compatibles.

TÍTULO V

Régimen sancionador

Artículo 66. *Las infracciones.*

Son infracciones en materia de salud pública las acciones u omisiones que vulneren lo establecido por la presente ley y las demás normas sanitarias aplicables. Las infracciones son objeto de las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que concurra.

Artículo 67. *Clasificación de las infracciones.*

Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves.

Artículo 68. *Infracciones leves.*

Son infracciones leves las siguientes:

a) Las que reciben expresamente esta calificación en la normativa específica aplicable a cada caso.

b) El incumplimiento de las prescripciones de la presente ley que los artículos 69 y 70 no califiquen de graves o muy graves, y el incumplimiento de los requisitos higiénicos y sanitarios y de las obligaciones o prohibiciones de otras normas sanitarias, si estos incumplimientos no tienen repercusión directa en la salud.

c) Las irregularidades cometidas por simple negligencia, si la alteración producida ha tenido una incidencia escasa.

Artículo 69. *Infracciones graves.*

Son infracciones graves las siguientes:

a) Las que reciben expresamente esta calificación en la normativa específica aplicable a cada caso.

b) Producir, distribuir o utilizar primeras materias o productos aditivos obtenidos mediante tecnologías o manipulaciones no autorizadas o utilizarlos en cantidades superiores a las autorizadas o para un uso diferente al que está establecido.

c) Producir, distribuir o comercializar alimentos o productos alimentarios obtenidos a partir de animales o vegetales a los que se hayan administrado productos zoosanitarios, fitosanitarios o plaguicidas autorizados en cantidad superior a la establecida o con finalidades diferentes a las permitidas o a los que no se haya suprimido su administración en los plazos establecidos.

d) Hacer funcionar instalaciones, establecimientos, servicios e industrias o ejercer actividades sin la pertinente autorización sanitaria o, si procede, hacer una producción por encima de los límites establecidos por la correspondiente autorización sanitaria, así como hacer una modificación no autorizada por la autoridad competente de las condiciones técnicas o estructurales expresas sobre las que se otorgó la correspondiente autorización.

Asimismo, hacer funcionar instalaciones, establecimientos, servicios e industrias o ejercer actividades incumpliendo lo establecido por la normativa sectorial aplicable en cuanto a las obligaciones de comunicación previa o de declaración responsable, si la infracción no es leve porque no tiene una repercusión directa en la salud pública.

e) La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o la realización de cualquier actividad de los que la autoridad competente haya establecido el precintado, la clausura, la suspensión o la limitación en el tiempo, si sucede por primera vez y no pone en riesgo la salud de las personas.

f) Dificultar o impedir la tarea de inspección por acción u omisión.

g) Negarse o resistirse a proporcionar la información requerida por las autoridades sanitarias o sus agentes, o a colaborar con estos, o proporcionarles información inexacta o documentación falsa.

h) La coacción, la amenaza, la represalia, el desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes en el cumplimiento de sus funciones.

i) Incumplir las medidas cautelares o definitivas establecidas por la presente ley y las disposiciones concordantes.

j) Incumplir los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias o sus agentes, si este incumplimiento no comporta un daño grave para la salud.

k) Distribuir productos sin las marcas sanitarias preceptivas o con marcas sanitarias que no se adecuen a las condiciones establecidas, y utilizar marcas sanitarias o etiquetas de otras industrias o productores.

l) Distribuir, tener a la venta o vender productos una vez pasada la fecha de duración máxima o la fecha de caducidad indicada en las etiquetas, o manipular estas fechas.

m) Presentar los productos alimentarios en el momento de su preparación, distribución, suministro o venta induciendo el consumidor o consumidora a confusión sobre las características nutricionales.

n) Incurrir en irregularidades por falta de los controles y precauciones exigibles en la actividad, el servicio o la instalación, de acuerdo con lo establecido por la normativa de salud pública.

o) No comunicar a la Administración sanitaria riesgos para la salud, en el caso en que, de acuerdo con la normativa vigente, sea obligatorio hacerlo.

p) Reincidir en la comisión de infracciones leves en el periodo de los dos años anteriores.

q) Las que concurran con otras infracciones leves o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

r) Las que, pese a ser calificadas de leves por la presente ley o por otras normas sanitarias, hayan puesto en riesgo la salud de las personas o les hayan producido daños leves.

Artículo 70. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves las siguientes:

a) Las que reciben expresamente esta calificación según la normativa específica aplicable a cada caso.

b) Utilizar materiales, sustancias y métodos no autorizados con una finalidad diferente o en cantidades superiores a las autorizadas en los procesos de producción, elaboración, captación, tratamiento, transformación, conservación, envasado, almacenaje, transporte, distribución y venta de alimentos, bebidas y aguas de consumo.

c) Preparar, distribuir, suministrar, promover o vender productos que contengan agentes físicos, químicos o biológicos no autorizados por la normativa vigente o en cantidades que superen los límites o la tolerancia establecidos reglamentariamente, o en una cantidad o unas condiciones suficientes para producir o transmitir enfermedades.

d) Desviar para el consumo humano productos que no sean aptos o que se destinen específicamente a otros usos.

e) Las que concurran con otras infracciones sanitarias graves o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

f) Las que producen un riesgo o un daño muy grave para la salud.

g) Las que, pese a ser calificadas de leves o graves por la presente ley o por otras normas sanitarias, hayan producido riesgo o daños graves o muy graves en la salud de las personas.

h) Reincidir en la comisión de infracciones graves en el periodo de los cinco años anteriores.

i) Incumplir de forma reiterada requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias o sus agentes, o incumplir un requerimiento si este incumplimiento ha comportado daños graves para la salud.

Artículo 71. *Sanciones.*

1. Las infracciones en materia de salud pública se sancionan con las siguientes multas:

a) Infracciones leves, hasta 3.000 euros.

b) Infracciones graves, de 3.001 a 60.000 euros. El importe de las sanciones puede incrementarse hasta un importe que no debe superar el quíntuplo del valor de mercado de los productos o servicios objeto de la infracción.

c) Infracciones muy graves, de 60.001 a 600.000 euros. El importe de las sanciones puede incrementarse hasta un importe que no debe superar el quíntuplo del valor de mercado de los productos o servicios objeto de la infracción.

2. En el supuesto de infracciones muy graves, el Gobierno puede acordar el cierre temporal de la instalación, el establecimiento, el servicio o la industria por un plazo máximo de cinco años.

3. El Gobierno puede revisar y actualizar periódicamente las cuantías de las sanciones, teniendo en cuenta, fundamentalmente, el índice de precios al consumo.

4. La imposición de una sanción no es incompatible con la obligación del sujeto responsable de reponer la situación alterada a su estado originario ni con el pago de las correspondientes indemnizaciones.

Artículo 72. *Graduación de las sanciones.*

Una vez calificadas las infracciones según la tipificación que hace la presente ley, debe imponerse la sanción en grado mínimo, medio o máximo, de acuerdo con los siguientes criterios:

a) La negligencia e intencionalidad del sujeto infractor.
b) El fraude.
c) El riesgo para la salud.
d) La cuantía del eventual beneficio obtenido.
e) La gravedad de la alteración sanitaria y social producida.
f) El incumplimiento de los requerimientos o advertencias previos por cualquier medio.
g) La cifra de negocios de la empresa.
h) El número de afectados.
i) La duración de los riesgos.
j) La existencia de reiteración o reincidencia.

Artículo 73. *Concurrencia de sanciones.*

No pueden sancionarse los hechos que hayan sido sancionados penal o administrativamente en los casos en que se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento.

Artículo 74. *Responsabilidad.*

Son sujetos responsables las personas físicas o jurídicas que incurran en las acciones u omisiones tipificadas por el presente título como infracciones en materia de salud pública.

Artículo 75. *Prescripción de las infracciones y de las sanciones.*

1. Las infracciones leves prescriben al cabo de un año; las graves, a los dos años, y las muy graves, a los cuatro años.

2. El plazo de prescripción de las infracciones comienza a contar el día en que se ha cometido la infracción y se interrumpe con el inicio, con conocimiento de las personas interesadas, del procedimiento sancionador. Si el expediente permanece paralizado más de un mes por una causa inimputable al presunto responsable, se reanuda el cómputo del plazo. Si los actos u omisiones que constituyen una infracción administrativa son desconocidos por falta de firmas de manifestación externa, el plazo de prescripción comienza a contar el día en que estas firmas se manifiestan.

3. Las sanciones impuestas por infracciones leves prescriben al cabo de un año; las impuestas por infracciones graves, a los dos años, y las impuestas por infracciones muy graves, a los tres años. El plazo de prescripción comienza a contar el día en que la resolución por la que se ha impuesto la sanción deviene firme, y se interrumpe con el inicio, con conocimiento de las personas interesadas, del procedimiento de ejecución. Si el

expediente permanece paralizado más de un mes por una causa inimputable al infractor o infractora, se reanuda el cómputo del plazo.

Artículo 76. *Procedimiento sancionador.*

1. El procedimiento sancionador en materia de salud pública debe ajustarse a las disposiciones legales y reglamentarias en materia de régimen jurídico y procedimiento administrativo para el ejercicio de la potestad sancionadora administrativa y a la normativa de desarrollo de la presente ley.
2. El plazo para dictar y notificar la resolución de un expediente sancionador es de nueve meses.

Artículo 77. *Órganos de la Generalidad competentes para imponer sanciones.*

En el ámbito de la Generalidad, el ejercicio de la potestad sancionadora que establece la presente ley, sin perjuicio de los regímenes sancionadores establecidos por la legislación sectorial, corresponde a los siguientes órganos:

a) El Gobierno, para imponer las sanciones establecidas por la presente ley superiores a 450.000 euros.
b) El consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, para imponer las sanciones comprendidas entre 300.001 y 450.000 euros.
c) El director o directora de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, para imponer las sanciones comprendidas entre 100.001 y 300.000 euros.
d) Los directores de los servicios regionales, en el ámbito territorial respectivo, para imponer sanciones de hasta 100.000 euros.

Artículo 78. *Competencias sancionadoras de los entes locales.*

1. Corresponde a los entes locales territoriales el ejercicio de la potestad sancionadora en el ámbito de las respectivas competencias, de acuerdo con los siguientes criterios:

a) En el ámbito municipal, el alcalde es competente para imponer sanciones de hasta 100.000 euros, y el pleno de la corporación es competente para imponer sanciones de hasta 300.000 euros.
b) En el ámbito comarcal, el presidente o presidenta del consejo comarcal es competente para imponer sanciones de hasta 100.000 euros, y el pleno del consejo comarcal es competente para imponer sanciones de hasta 300.000 euros.
c) Los expedientes sancionadores incoados e instruidos por los entes locales de acuerdo con cuya propuesta de resolución corresponda imponer una sanción superior a 300.000 euros deben trasladarse al órgano competente en función de la cuantía para que los resuelva.

2. Los entes locales pueden encargar a la Agencia de Salud Pública de Cataluña, mediante los convenios pertinentes, la gestión de la instrucción de expedientes sancionadores en el ámbito de sus competencias. La formalización de este encargo no altera, en ningún caso, la titularidad de la potestad sancionadora, que corresponde al órgano local competente en la materia.

Artículo 79. *Competencias sancionadoras de la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona.*

1. El presidente o presidenta de la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona es competente para imponer sanciones de hasta 100.000 euros y la Junta de Gobierno de la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente es competente para imponer sanciones de hasta 300.000 euros.
2. Los expedientes sancionadores incoados e instruidos por la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona en ejercicio de las funciones que la presente ley asigna a la Agencia de Salud Pública de Cataluña de acuerdo con cuya propuesta de resolución corresponda imponer una sanción superior a 300.000 euros deben trasladarse al órgano competente en función de la cuantía para que los resuelva.

Artículo 80. *Competencias sancionadoras del Consejo General de Arán.*

1. El síndico o síndica del Consejo General de Arán es competente para imponer sanciones de hasta 300.000 euros, en ejercicio de las funciones que la presente ley asigna a la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

2. Los expedientes sancionadores incoados e instruidos por los órganos sanitarios del Consejo General de Arán en ejercicio de las funciones que la presente ley asigna a la Agencia de Salud Pública de Cataluña de acuerdo con cuya propuesta de resolución corresponda imponer una sanción superior a 300.000 euros deben trasladarse al órgano competente en función de la cuantía para que los resuelva.

Disposición adicional primera. *Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona.*

1. La Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona asume las funciones de la Agencia de Salud Pública de Cataluña con relación a la ciudad de Barcelona.

2. El Gobierno debe dictar las normas que hagan efectivo lo establecido por el apartado 1, especialmente con relación a la dotación de recursos materiales, humanos y económicos de la Agencia de Salud Pública y Medio Ambiente de Barcelona.

Disposición adicional segunda. *El Consejo General de Arán.*

En el Valle de Arán, las funciones de salud pública, asumidas por la Agencia de Salud Pública de Cataluña, de acuerdo con la presente ley, son ejercidas por el Consejo General de Arán, en virtud del Decreto 354/2001, de 18 de diciembre, de transferencia de competencias de la Generalidad de Cataluña al Conselh Generau dera Val d'Aran en materia de sanidad, de acuerdo con la Ley 16/1990, de 13 de julio, sobre el régimen especial del Valle de Arán, o la disposición legal que la modifique o derogue.

Disposición adicional tercera. *Extensión del ámbito de actuación de los equipos territoriales de salud pública.*

(Derogada).

Disposición adicional cuarta. *Compatibilidad del puesto de trabajo en la Agencia de Salud Pública de Cataluña con las funciones inherentes a la titularidad de una oficina de farmacia.*

Los funcionarios del Cuerpo de Farmacéuticos Titulares que, de acuerdo con lo establecido por la disposición transitoria tercera de la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, opten por integrarse en la Agencia de Protección de la Salud, en el Cuerpo de Titulados Superiores de la Generalidad, Salud Pública, y el personal interino incluido en el ámbito de aplicación de la disposición transitoria novena de la Ley 7/2003, modificada por la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, que sean titulares de una oficina de farmacia pueden compatibilizar su puesto de trabajo en la Agencia de Salud Pública de Cataluña con las funciones inherentes a la titularidad de la oficina de farmacia, siempre y cuando garanticen la presencia y la actuación profesional de un farmacéutico colegiado o farmacéutica colegiada durante todo el horario de apertura del establecimiento farmacéutico, de acuerdo con lo establecido por el artículo 4 de la Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña, y la normativa que la desarrolla.

Disposición adicional quinta. *Sustitución de la estructura y la organización territorial de la Agencia de Protección de la Salud.*

1. De acuerdo con lo establecido por la sección tercera del capítulo II del título III, la estructura y la organización territorial de la Agencia de Salud Pública de Cataluña está integrada por los servicios regionales y los sectores. Dichas estructura y organización sustituyen la estructura y la organización territorial de la Agencia de Protección de la Salud y se declaran definitivamente extinguidos los partidos médicos, farmacéuticos y veterinarios.

2. El personal funcionario de los cuerpos de médicos, practicantes y farmacéuticos titulares que esté adscrito funcionalmente a la Agencia de Salud Pública de Cataluña cumple sus funciones en el ámbito territorial del sector, integrado en los equipos de salud pública.

3. El personal funcionario de los cuerpos de médicos, practicantes y comadrones titulares que esté adscrito funcionalmente a las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud cumple sus funciones en el ámbito territorial de la atención primaria o de la atención a la salud sexual y reproductiva, según proceda, de acuerdo con la estructura territorial propia del Instituto Catalán de la Salud.

4. Las plazas de funcionarios de los cuerpos de médicos, farmacéuticos, practicantes y comadrones titulares deben amortizarse en el momento en que queden vacantes.

Disposición adicional sexta. *Supresión de las casas de socorro.*

Se suprimen las casas de socorro a que se refiere la disposición adicional tercera de la Ley 7/2003 y, en consecuencia, se amortizan automáticamente las plazas de funcionarios que están adscritas a estas.

Disposición transitoria primera. *Funciones de la Agencia de Protección de la Salud y de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria.*

1. La Agencia de Salud Pública de Cataluña debe asumir sus funciones en un plazo de seis meses a contar de la entrada en vigor de sus estatutos.

2. Los órganos y servicios correspondientes del departamento competente en materia de salud, de la Agencia de Protección de la Salud y de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria deben continuar cumpliendo sus funciones mientras la Agencia de Salud Pública de Cataluña no asuma las funciones que la presente ley le encarga.

3. En el momento en que la Agencia de Salud Pública de Cataluña asuma sus funciones, se extinguen la Agencia de Protección de la Salud, creada por la Ley 7/2003, y la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria, creada por la Ley 20/2002, de modo que la Agencia de Salud Pública de Cataluña se subroga en todos los derechos y deberes de las agencias extinguidas.

Disposición transitoria segunda. *Adscripción de personal a la Agencia de Salud Pública de Cataluña.*

El personal funcionario, interino y laboral vinculado al departamento competente en materia de salud que cumpla funciones relacionadas con la salud pública o funciones coincidentes o vinculadas con las finalidades y los objetivos de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, así como todo el personal de la Agencia de Protección de la Salud y de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria, se adscriben a la Agencia de Salud Pública de Cataluña en las mismas condiciones que les son de aplicación en el momento de la entrada en vigor de la presente ley.

Disposición transitoria tercera. *Procedimientos de la Ley 7/2003 con relación al personal que ejerce funciones en el ámbito de la salud pública.*

Las disposiciones transitorias de la Ley 7/2003, de protección de la salud, que han quedado excluidas del régimen de derogación, dado lo establecido por el apartado 1.c de la disposición derogatoria, continúan en vigor mientras no se agoten los procedimientos que regulan. En todos los casos, las referencias que estas disposiciones hacen a la Agencia de Protección de la Salud deben entenderse hechas a la Agencia de Salud Pública de Cataluña y deben aplicarse de acuerdo con las disposiciones de la presente ley.

Disposición derogatoria.

1. Se derogan:

a) Los artículos 27, 28, 29, 30, 31 y 32 de la Ley 15/1983, de 14 de julio, de la higiene y el control alimentarios.

b) La Ley 20/2002, de 5 de julio, de seguridad alimentaria.

c) La Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, salvo las disposiciones transitorias primera, segunda, octava y novena, en la redacción establecida por la disposición final primera de la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud;

las disposiciones transitorias tercera y séptima, la cual ha sido modificada por la presente ley, y la disposición transitoria segunda, modificada por la Ley 8/2007 y por la presente ley.

2. Quedan derogadas todas las normas que se opongan a lo establecido por la presente ley, sin perjuicio de la vigencia de las siguientes disposiciones, cuya relación se hace a título enunciativo, o de las que las modifican o sustituyen, siempre y cuando no contradigan la presente ley y mientras no se aprueben las normas de desarrollo aplicables:

a) El Decreto 272/2003, de 4 de noviembre, por el que se regulan en el ámbito del Departamento de Sanidad y Seguridad Social los órganos temporalmente competentes para imponer sanciones y los órganos competentes para adoptar medidas cautelares previstas en la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, salvo el artículo 2, que continúa vigente mientras no se apruebe el reglamento establecido por el artículo 63.5 de la presente ley.

b) El Decreto 128/2006, de 9 de mayo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia de Protección de la Salud.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 20/1985.*

1. Se modifica el apartado 2 del artículo 15 de la Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia, ya modificado por la Ley 10/1991, y se añade un apartado, el 3. Estos apartados quedan redactados del siguiente modo:

> «2. Se prohíbe la promoción de bebidas alcohólicas en establecimientos, locales y demás espacios autorizados para su suministro y consumo hecha mediante ofertas promocionales, premios, intercambios, sorteos, concursos, fiestas promocionales o rebajas de precios, que incluyen las ofertas que se anuncian con nombres como “barra libre”, “2 x 1”, “3 x 1” u otros parecidos.
>
> 3. Se prohíbe la publicidad de las actividades promocionales a que se refiere el apartado 2 hecha por cualquier medio.»

2. Se modifica el apartado 3 del artículo 48 de la Ley 20/1985, ya modificado por el artículo 18 de la Ley 10/1991, que queda redactado del siguiente modo:

> «3. Una vez transcurridos doce meses desde el acuerdo de incoación del procedimiento sancionador sin que se haya notificado la resolución, este procedimiento caduca, excepto en el caso de los procedimientos sancionadores abreviados, en que el plazo de caducidad es de seis meses.»

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 15/1990.*

Se modifica el apartado 3 del artículo 62 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, que queda redactado del siguiente modo:

> «3. El Plan de salud de Cataluña tiene un periodo de vigencia de cinco años.»

Disposición final tercera. *Modificación de la Ley 7/2003.*

1. Se modifica la letra c de la disposición transitoria segunda de la Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud, ya modificada por el apartado 2 de la disposición final primera de la Ley 8/2007, que queda redactada del siguiente modo:

> «c) Continuar cumpliendo las tareas propias de protección de la salud y ejercer las funciones asistenciales en el ámbito de la atención primaria. En cuanto a las tareas de protección de la salud, este personal queda adscrito funcionalmente a la Agencia de Protección de la Salud. Debe establecerse reglamentariamente el régimen de dedicación horaria a estas tareas, al margen de las previsiones establecidas con carácter general para las actividades inherentes a los equipos de atención primaria. Este personal debe continuar percibiendo las retribuciones que acreditaba hasta el momento de ejercer este derecho de opción.»

2. Se modifica la disposición transitoria séptima de la Ley 7/2003, que queda redactada del siguiente modo:

«1. Los funcionarios del Cuerpo de Comadrones Titulares deben optar por una de las siguientes alternativas:

a) Integrarse como personal estatutario de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud en la categoría de comadrón o comadrona, sujetándose al régimen jurídico que establezcan las normas vigentes en cada momento para los profesionales que prestan servicio como personal estatutario de los servicios de salud, ejerciendo las funciones que ejercían en el ámbito territorial propio de la atención a la salud sexual y reproductiva del Instituto Catalán de la Salud al que estaban adscritos. Este personal debe permanecer en la situación administrativa que legalmente corresponda con relación a su cuerpo de origen por razón de la integración voluntaria a que se refiere el presente apartado y debe percibir 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.

b) Continuar como funcionarios del Cuerpo de Comadrones Titulares ejerciendo las funciones que ejercían en el ámbito territorial propio de la atención a la salud sexual y reproductiva del Instituto Catalán de la Salud al que estaban adscritos. Este personal queda adscrito funcionalmente al Instituto Catalán de la Salud y debe continuar percibiendo las retribuciones que acreditaba en el momento de ejercer este derecho de opción.

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 del departamento competente en materia de salud.

3. Si las personas interesadas no manifiestan la opción escogida en los plazos fijados por el procedimiento establecido a tal efecto, se entiende que optan por la de la letra 1.b.

4. Si se opta por la opción de la letra 1.a, la opción ejercida es irreversible.»

Disposición final cuarta. *Desarrollo reglamentario.*

1. El Gobierno, en el plazo de seis meses a contar de la entrada en vigor de la presente ley y en el marco de lo que esta establece, debe aprobar los Estatutos de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, a propuesta del consejero o consejera del departamento al que está adscrita la Agencia. Los Estatutos deben regular la organización y el régimen de funcionamiento de la Agencia.

2. El Gobierno debe aprobar el decreto de adaptación de la estructura de los servicios centrales y territoriales del departamento competente en materia de salud a lo establecido por la presente ley.

3. El Gobierno debe adoptar las medidas pertinentes para homogeneizar las condiciones de trabajo entre los colectivos y las categorías profesionales diversas que integran la Agencia de Salud Pública de Cataluña, con motivo de la adscripción que debe producirse en virtud de lo establecido por la disposición transitoria segunda.

4. Se autoriza al Gobierno para que dicte el resto de disposiciones necesarias para la aplicación y el desarrollo de la presente ley.

Disposición final quinta. *Entrada en vigor.*

La presente ley entra en vigor al día siguiente de su publicación en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.

§ 19

Ley 15/1983, de 14 de julio, de higiene y control alimentarios

Comunidad Autónoma de Cataluña
«DOGC» núm. 347, de 22 de julio de 1983
«BOE» núm. 213, de 6 de septiembre de 1983
Última modificación: 31 de diciembre de 2009
Referencia: BOE-A-1983-23846

Se declara la vigencia con carácter reglamentario de los arts. 8 a 11 por la disposición derogatoria de la Ley 26/2009, de 23 de diciembre. Ref. BOE-A-2010-737 hasta que entren en vigor las disposiciones reglamentarias que se dicten en desarrollo de la Ley 18/2009, de 22 de octubre.
Téngase en cuenta que esta norma se encuentra derogada, con excepción de los artículos 8 a 11 por la disposición derogatoria de la Ley 7/2003, de 25 de abril. Ref. BOE-A-2003-10531, y derogatoria 1.a) de la Ley 18/2009, de 22 de octubre. Ref. BOE-A-2009-18178.

EL PRESIDENTE DE LA GENERALIDAD DE CATALUNYA

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 se establece en el artículo 33.2 del Estatuto de Autonomía, promulgo la siguiente

LEY

Exposición de motivos

El Estatuto de Autonomía de Cataluña otorga a la Generalidad de Cataluña la competencia exclusiva en materia de higiene, teniendo en cuenta, sin embargo, la legislación básica del Estado y el correspondiente ejercicio de la alta inspección. Asimismo, de acuerdo con las bases de la actividad económica general del Estado, corresponde a la Generalidad de Cataluña la competencia exclusiva en materia de agricultura y ganadería, comercio interior y defensa del consumidor y del usuario, sin perjuicio de la política general de precios y de la legislación sobre defensa de la competencia.

Actualmente, las intoxicaciones e infecciones de origen alimentario adquieren una importancia creciente como determinantes de alteraciones de la salud de la población. Por otra parte, el control de calidad de los alimentos ofrece dificultades cada día más acentuadas, debido a su carácter multidisciplinario y a los complejos cambios y procesos que siguen y sufren los alimentos hasta que llegan al consumidor. La Generalidad, durante el reciente periodo preestatutario, puso ya una gran atención sobre estos problemas, aprobando la Orden de 19 de febrero de 1980 sobre control sanitario de la industria y los productos alimentarios, que fue la primera sistematización normativa de la Generalidad en materia de control e higiene alimentarios. Resulta pues conveniente que la Generalidad, de

acuerdo con las competencias que le han sido otorgadas por el Estatuto de Autonomía, regule y profundice una materia tan compleja, y tome, en definitiva, las medidas necesarias para proteger y defender la salud pública.

La presente Ley, atendiendo a la Resolución 31/I del Parlamento de Cataluña, de 20 de octubre de 1981, tiene por objeto fijar las disposiciones legales que han de permitir una ordenación más eficaz de la higiene y el control alimentarios, desarrollando las medidas higiénico-sanitarias necesarias y estructurando de una manera precisa para cada fase del ciclo alimentario el control de la Administración. Es preciso destacar que el objetivo final que persigue no es otro que el de conseguir una actuación eficaz en el ejercicio de las funciones públicas de control, con la finalidad de que los alimentos y los productos alimentarios lleguen al consumidor con el máximo de garantías. Para conseguir esto, la Ley determina la distribución competencial de las funciones de control que el Consejo Ejecutivo ha de regular, establece unas relaciones de coordinación entre los órganos y los entes públicos competentes y propone la delegación de funciones a los entes locales como medio de colaboración y de participación en el proceso de control. También instrumenta los medios y los dispositivos tecnológicos básicos que la Administración ha de estructurar para poder afrontar la compleja tecnología que el infractor emplea de una forma creciente.

La presente Ley será de aplicación a todas las industrias y establecimientos alimentarios que ejercen su actividad en Cataluña, y a todos los alimentos, aguas, bebidas, productos alimentarios y sustancias relacionadas con los mismos, que en dicho territorio se transporten, almacenen, comercialicen, distribuyan o vendan. En la Ley, a su vez, se tipifican las infracciones y las sanciones que habrán de aplicarse a las personas físicas y jurídicas que incumplan la normativa vigente y se desarrolla el correspondiente procedimiento sancionador.

Por consiguiente, con esta Ley se trata básicamente de reforzar e impulsar los mecanismos de control de la Administración catalana en materia de higiene y sanidad alimentarias, sin detrimento de la normativa reguladora de la disciplina de mercado. La Ley habrá de contribuir a conseguir una óptima producción final agroalimentaria o alimentaria industrial y asegurar a los consumidores la intervención eficiente de la Administración, y, por encima de todo, a coadyuvar con la legislación vigente a la preservación de la salud pública.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1.

1. La presente Ley tiene por objeto establecer, en el marco de la legislación básica del Estado y para el ámbito territorial de Cataluña, las medidas legales que permitan una ordenación más eficaz de la higiene y control de las industrias y establecimientos alimentarios, de los alimentos y bebidas, aguas, productos alimentarios y todas las sustancias que pueden ser utilizadas en los mismos, con el fin de mejorar la efectividad de los servicios de control y obtener una mayor coordinación entre los Departamentos del Gobierno de la Generalidad competentes en esta materia.

2. El ámbito de aplicación de la presente Ley se extiende a las industrias y establecimientos alimentarios radicados en Cataluña y a los que no lo están en la medida en que ejerzan en Cataluña actividades de producción y elaboración, transformación, conservación, envase, almacenamiento, transporte y venta de alimentos y sustancias relacionadas con los mismos.

Los alimentos, aguas, bebidas, productos alimentarios y sustancias relacionadas con los mismos, no producidos por industrias o no comercializados por establecimientos que ejerzan su actividad en Cataluña, pero que se transporten, almacenen, distribuyan o vendan en el territorio de la Comunidad Autónoma quedaran sujetos a la inspección necesaria, cuyo resultado se comunicara al Estado.

Artículo 2.

1. De acuerdo con las normas básicas contenidas en la normativa estatal vigente, serán objeto de control:

a) La calidad y las condiciones higiénicas y sanitarias de los alimentos y bebidas, aguas, productos alimentarios y todas las sustancias relacionadas con los mismos.
b) Las condiciones higiénicas y sanitarias de las industrias y establecimientos dedicados a actividades alimentarias y de sus instalaciones, así como las del personal manipulador.
c) Las condiciones higiénico-sanitarias en que se practique la venta.

2. Se excluyen del ámbito de aplicación de la presente Ley la rotulación, el etiquetaje y todo aquello que afecte a la publicidad de los alimentos y bebidas, aguas, productos alimentarios y todas las sustancias relacionadas con los mismos y, en general, todo lo que afecte a la reglamentación de la disciplina de mercado, excepto en lo que se refiere a los números de registro sanitario y fecha de caducidad.

Artículo 3.

Previa autorización del Consejo Ejecutivo, los Departamentos afectados podrán delegar a las entidades locales que lo soliciten el ejercicio de sus funciones de inspección e investigación reguladas en esta Ley. El acuerdo de delegación habrá de incluir las dotaciones económicas necesarias para el correcto ejercicio de esta competencia, así como la especificación de los medios de control que el Gobierno de la Generalidad se reserva, todo ello sin perjuicio de las competencias que la normativa vigente otorga a las entidades locales sobre higiene y control alimentarios.

Artículo 4.

Se entiende por «actividad alimentaria» la producción, transformación, elaboración, envasado y conservación, transporte, almacenamiento, distribución y venta de alimentos y productos alimentarios.

TÍTULO II

Control

CAPÍTULO I

Fases sujetas a control

Artículo 5.

En la fase de producción de toda clase de alimentos no elaborados, agrarios y pesqueros, serán objeto de control:

a) La calidad y las condiciones higiénicas y sanitarias de los alimentos.
b) El uso de productos zoosanitarios y fitosanitarios.
c) Los contaminantes bióticos y abióticos.
d) Cualquier otro aspecto que pueda alterar su calidad.

Artículo 6.

En la fase de elaboración de los alimentos y bebidas, aguas, productos alimentarios y sustancias relacionadas con los mismos, así como en la de transformación de alimentos no elaborados, agrarios y pesqueros, el control se efectuara de acuerdo con lo que determinen las reglamentaciones técnico-sanitarias, en las industrias y establecimientos alimentarios, y comprenderá fundamentalmente:

a) Las materias primas empleadas en la elaboración.
b) Las condiciones higiénicas y sanitarias de las instalaciones y del personal manipulador.

c) Los procesos seguidos en la elaboración, transformación y control.
d) El envasado y la conservación.
e) La calidad final de lo elaborado o transformado.

Artículo 7.

1. En la fase de transporte, el control se dirigirá a verificar las condiciones, sanitarias y de temperatura en que aquel se efectué.
2. En las fases de almacenamiento, distribución y comercialización se controlaran las condiciones higiénicas, sanitarias y de conservación que han de cumplir las industrias y establecimientos comerciales que se dedican a dichas actividades.
3. El Consejo Ejecutivo, a propuesta de los Departamentos competentes, establecerá de una manera general y con carácter básico las condiciones higiénicas y sanitarias mínimas que habrán de cumplir los lugares de venta, que habrán de ser tenidas en cuenta por los Ayuntamientos en la elaboración de sus ordenanzas municipales. Dichas condiciones, que tendrán el carácter de subsidiarias, se aplicaran directamente en los municipios que no tengan una regulación específica en esta materia.

CAPÍTULO II

Autorizaciones y registros

Artículo 8.

1. A los efectos de lo que dispone esta Ley, en el Departamento de Sanidad y Seguridad Social funcionara el Registro Sanitario de Industrias y Productos Alimentarios de Cataluña, con el que se coordinaran, en materia alimentaria, los registros existentes en los Departamentos competentes en esta materia.
2. En este registro, de acuerdo con el artículo 1.03.08 del código alimentario español, se inscribirán obligatoriamente todas las industrias y establecimientos que se dediquen a actividades alimentarias. La inscripción será requisito previo y necesario para la autorización definitiva de funcionamiento y se otorgara una vez efectuada la inspección oportuna, cuyas condiciones se fijaran por Reglamento.
3. También se inscribirán todos los productos alimentarios para los que se haya otorgado autorización sanitaria. con esta finalidad las empresas a que se refiere el apartado anterior que deseen lanzar al mercado nuevos alimentos, bebidas, aguas, productos alimentarios o sustancias relacionadas con los mismos habrán de obtener del Departamento de Sanidad y Seguridad Social la autorización correspondiente, previo análisis, en su caso, y anotación del producto en el expediente del registro que le corresponda.

Se declara que los apartados 2 y 3 no son inconstitucionales interpretados en los términos que se contienen en los fundamentos jurídicos 5, 6 y 7 de la Sentencia del TC 707/1983, de 16 de julio. Ref. BOE-T-1985-17396

Artículo 9.

1. Las industrias y establecimientos alimentarios se identificaran por el correspondiente número registral, que habrá de figurar necesariamente en los envases, cubiertas, etiquetas, rótulos y precintos, según corresponda, de los alimentos y productos alimentarios que, debidamente anotados, se pongan a la venta.
2. No podrá comercializarse ningún alimento ni producto alimentario mientras la inscripción de la industria o establecimiento o la anotación del producto estén en trámite y la Administración no haya establecido el número de identificación registral, que no podrá ser sustituido por ninguna otra expresión.

Se declara que este artículo no es inconstitucional interpretado en los términos que se contienen en los fundamentos jurídicos 5, 6 y 7 de la Sentencia del TC 707/1983, de 16 de julio.
Ref. BOE-T-1985-17396

Artículo 10.

Será necesaria la autorización sanitaria y la inscripción en el Registro Especial de Productos de Cataluña, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, de los productos que, de acuerdo con la normativa básica del Estado, necesiten una vigilancia sanitaria especifica por sus características especiales.

Se declara que este artículo no es inconstitucional interpretado en los términos que se contienen en los fundamentos jurídicos 5, 6 y 7 de la Sentencia del TC 707/1983, de 16 de julio.
Ref. BOE-T-1985-17396

Artículo 11.

1. Las autorizaciones e inscripciones y anotaciones subsiguientes en los registros correspondientes habrán de revalidarse cada cinco años y cada vez que se introduzcan modificaciones en las instalaciones o en los procesos fundamentales.

Podrán ser suspendidas, previa incoación del correspondiente expediente, si, por haber sido modificadas las disposiciones sanitarias, las industrias y productos no se ajustan, en sus características, a la nueva normativa.

2. De las inscripciones o anotaciones que se efectúen en los registros mencionados en los artículos 8 y 10, se dará cuenta a la Administración del Estado, a efectos de la necesaria coordinación.

CAPÍTULO III

Medios de control

Artículo 12.

1. Las funciones de control que derivan de los preceptos de esta Ley serán ejercidas por los funcionarios y demás personal técnico que posea la cualificación necesaria. En las funciones de inspección e investigación, los primeros tendrán la consideración de agentes de la autoridad y estarán facultados para requerir y examinar todo aquello que pueda servir de información para un mejor cumplimiento de su misión.

2. El personal auxiliar necesario para colaborar en las funciones de inspección e investigación habrá de reunir las condiciones que determine el Consejo Ejecutivo y estar adscrito al servicio correspondiente.

Artículo 13.

1. Las personas físicas y jurídicas que ejerzan actividades alimentarias tendrán la obligación de facilitar a los inspectores y a su personal auxiliar el acceso a sus industrias y establecimientos y permitirles también examinar todo lo relativo a la actividad alimentaria que practiquen.

2. Quedan también obligadas a facilitarles la toma de muestras que permita realizar un control adecuado de los alimentos y bebidas, aguas, productos alimentarios y todas las sustancias relacionadas con los mismos.

Artículo 14.

1. En el ejercicio de la función de investigación que le corresponde, para llevar a cabo los controles analíticos a que se refiere esta Ley, el consejero ejecutivo estructurara el Laboratorio central para el Control Alimentario.

2. Asimismo, con el fin de cubrir las necesidades de todo el territorio de Cataluña, se estructurara una red de unidades de control analítico, teniendo en cuenta los laboratorios actualmente adscritos a los servicios territoriales de los Departamentos competentes y los que puedan existir en los municipios de instituciones públicas e instituciones privadas declaradas de utilidad pública.

3. Las mencionadas unidades de control analítico, en el ejercicio de sus funciones de investigación, se coordinaran permanentemente con el laboratorio central para el control alimentario en la forma que se determinara por reglamento.

4. El Laboratorio Central para el Control Alimentario cumplirá las siguientes funciones además de las anteriormente señaladas y de las complementarias que puedan establecerse por reglamento:

a) Preparar nuevas técnicas de análisis, fijar estándares y elaborar propuestas de normativas.

b) Efectuar análisis muy complejos y costosos.

c) Identificar y tipificar agentes aislados para otros laboratorios o unidades de control analítico.

d) Recoger y valorar todos los datos analíticos.

e) Facilitar información técnica de todas las cuestiones relativas al control alimentario.

f) Participar en las tareas de reciclaje y perfeccionamiento del personal.

TÍTULO III

Infracciones y sanciones

CAPÍTULO I

Infracciones

Artículo 15.

1. sin perjuicio de lo previsto en la normativa vigente, de acuerdo con las prescripciones de los artículos anteriores, constituye infracción en la producción, elaboración, transformación, envase y conservación de alimentos, bebidas, aguas, productos alimentarios y sustancias relacionadas con los mismos:

a) Producir, distribuir y utilizar materias primas obtenidas mediante tecnologías o manipulaciones no autorizadas.

b) Utilizar productos zoosanitarios y fitosanitarios no autorizados, emplear los autorizados en cantidad superior a la permitida, o no suprimir dichos productos en los plazos obligatorios cuando se regule su uso con esta condición.

c) Emplear técnicas, materias primas o aditivos no autorizados para elaborar alimentos, o emplearlos en cantidad superior a la autorizada.

d) Incorporar a los alimentos materias primas y otros alimentos de calidad inadecuada, según las normas y las reglamentaciones técnico-sanitarias vigentes.

e) elaborar alimentos de calidad inferior a la señalada en las normas y reglamentaciones mencionadas.

f) Emplear materiales no autorizados para el envase y embalaje, y/o métodos de conservación inadecuados.

g) Incumplir las condiciones higiénicas y sanitarias establecidas.

2. Asimismo, constituyen infracción la vulneración o falta de las condiciones higiénicas y sanitarias y de temperatura en las fases de transporte y almacenamiento y el incumplimiento de las medidas que es preciso observar en los lugares de venta.

Artículo 16.

Constituye infracción en relación con los artículos 8, 10 y 11.1 de la presente Ley:

a) El funcionamiento, sin la autorización sanitaria correspondiente, de industrias y establecimientos dedicados a actividades alimentarias.
b) El lanzamiento al mercado de nuevos alimentos, bebidas, aguas, productos alimentarios o sustancias relacionadas con los mismos, sin cumplir lo que establece el artículo 8.3 de esta Ley.
c) La falta de autorización sanitaria a que hace referencia el artículo 10.
d) La alteración de la composición declarada en los registros sanitarios de los alimentos, bebidas, aguas, productos alimentarios y sustancias relacionadas con los mismos.
e) La falta de revalidación en los supuestos a que se refiere el primer inciso del artículo 11.1.
f) La falta de consignación de los números de identificación registral, así como la fecha de caducidad, que han de figurar en el envase, etiqueta, rotulo, cierre o precinto, tal y como establece el artículo 9.

Se declara que este artículo no es inconstitucional interpretado en los términos que se contienen en los fundamentos jurídicos 5, 6 y 7 de la Sentencia del TC 707/1983, de 16 de julio.
Ref. BOE-T-1985-17396

Artículo 17.

Constituye infracción en relación con el artículo 13 de esta Ley:

a) La negativa o resistencia a suministrar datos o a facilitar la información requeridos por las autoridades competentes o por su personal, por lo que respecta al cumplimiento de las funciones de inspección establecidas en la presente Ley, así como la acción de suministrar información inexacta o documentación falsa.
b) La resistencia, coacción o su tentativa contra el personal facultado para ejercer la función de inspección.

Artículo 18.

Las infracciones reguladas en los artículos anteriores podrán considerarse leves, graves o muy graves.

a) Se considerará infracción leve la simple inobservancia de los preceptos contenidos en los artículos 15 y 17 de esta Ley, siempre que no afecte a la salud pública y se cometa por primera vez. También se considerara como infracción leve el incumplimiento de la medida cautelar establecida de acuerdo con el artículo 22.1 de la Ley.
b) Se consideraran infracciones graves:

1. Las infracciones a lo dispuesto en el artículo 16 de esta Ley.
2. El incumplimiento de la medida cautelar establecida de acuerdo con el artículo 22.2 de la presente Ley.
3. La reincidencia o reiteración en la comisión de infracciones consideradas leves.
4. La inobservancia de los preceptos contenidos en los artículos 15 y 17 de esta Ley cuando afecte a la salud pública.

c) Se consideraran infracciones muy graves:

1. Las acciones tipificadas en los artículos 15 y 16 de esta Ley cuando produzcan riesgos o daños efectivos en la salud pública.
2. La reincidencia o reiteración en una infracción considerada grave.

Artículo 19.

En el supuesto de que la infracción se impute a una persona jurídica, sin perjuicio de la competencia reservada al Estado por el artículo 149.1.6 y 18 de la Constitución, también podrán considerarse subsidiariamente responsables las personas físicas que integren sus órganos rectores o de dirección si, por acción u omisión en el ejercicio de sus funciones, resulta la práctica que es objeto de infracción de acuerdo con esta Ley. En ningún caso podrá exigirse dicha responsabilidad a las personas físicas que hubiesen disentido de los acuerdos o no hubiesen participado en los mismos.

CAPÍTULO II

Sanciones

Artículo 20.

1. las infracciones a lo establecido en la presente Ley serán sancionadas con multa, de acuerdo con la siguiente graduación:

a) Infracciones leves: hasta quinientas mil pesetas.
b) Infracciones graves: hasta cinco millones de pesetas.
c) Infracciones muy graves: hasta cincuenta millones de pesetas.

2. También tendrá la consideración de sanción el comiso definitivo de los productos contaminados o nocivos cuando la resolución final del expediente así lo confirme.
3. La imposición de sanciones no eximirá al infractor de la indemnización por los daños y perjuicios que haya ocasionado.

Artículo 21.

Para cada una de las clases de infracción la multa será proporcionada a la infracción cometida, y la cuantía se graduara de acuerdo con los siguientes criterios:

– La trascendencia social y el riesgo para la salud pública que tenga la actuación infractora.
– El comportamiento especulativo de la acción infractora.
– La situación de predominio de la empresa infractora en un sector de mercado.
– Las repercusiones en el resto del sector.

Artículo 22.

1. Como medida cautelar, mientras se sustancia la investigación, la autoridad competente, cuando exista riesgo para la salud pública.
Podrá acordar la inmovilización de los alimentos, bebidas, aguas, productos alimentarios y sustancias relacionadas con los mismos.
2. También, una vez finalizada la investigación, en el caso de productos contaminados o nocivos, se procederá a la apertura de expediente para que sea posible su intervención, sin que sea preciso esperar a la solución final del procedimiento sancionador.
3. Teniendo en cuenta el riesgo de que el producto se altere, si, transcurridos cinco meses como máximo de la fecha en que se acordó la inmovilización o el comiso de los alimentos o productos, no se ha resuelto definitivamente el expediente sancionador por causas únicamente imputables a la Administración, la autoridad que impuso la medida cautelar procederá a levantarla, siempre que los productos afectados no puedan considerarse peligrosos para la salud pública.

Artículo 23.

Como sanción complementaria, en el caso de infracciones consideradas muy graves, podrá acordarse:

1. La clausura temporal **o definitiva** de la empresa, establecimiento o industria infractores.

2. La publicación en el «Diario Oficial de la Generalidad» del nombre o razón social de las personas físicas o jurídicas declaradas responsables, así como la naturaleza o alcance de la infracción, una vez la sanción sea firme.

3. La supresión, cancelación o suspensión total o parcial de cualquier clase de ayuda especial de carácter financiero que el particular o la empresa infractora hubiesen obtenido o solicitado de la Generalidad.

Se declara la inconstitucionalidad de la expresión destacada en el apartado 1 por Sentencia del TC 707/1983, de 16 de julio. Ref. BOE-T-1985-17396

CAPÍTULO III

Procedimiento sancionador

Artículo 24.

1. El procedimiento sancionador se regulara por lo que dispone la Ley de Procedimiento Administrativo y, atendida la especialización de la materia, por las disposiciones del presente Capítulo.

2. Contra los acuerdos definitivos de imposición de sanciones podrá recurrirse ante la jurisdicción contencioso-administrativa, de acuerdo con su Ley reguladora.

Artículo 25.

Antes de incoar expediente sancionador, habrán de practicarse la inspección e investigación correspondientes, iniciado a instancia de parte o de oficio.

Artículo 26.

Si a resultas de la inspección e investigación se considera que existe una práctica que constituye una de las infracciones tipificadas en esta Ley, los inspectores levantaran el acta correspondiente y se dirigirán a la autoridad competente para que incoe el oportuno expediente.

Artículo 27.

(Derogado).

Artículo 28.

(Derogado).

Artículo 29.

(Derogado).

Artículo 30.

(Derogado).

Artículo 31.

(Derogado).

Artículo 32.

(Derogado).

Artículo 33.

1. Recibida el acta resultante de la inspección e investigación, la autoridad competente decidirá sobre la incoación del expediente sancionador y, a partir de dicho momento, podrá acordar la inmovilización provisional de los alimentos, bebidas, aguas, productos alimentarios o sustancias relacionadas con los mismos, o su comiso si son nocivos o peligrosos.

2. El interesado y la Administración no podrán proceder, en ningún caso, a la destrucción de los productos inmovilizados o sujetos a comiso, hasta que no se hayan agotado todas las instancias administrativas o hasta que, por prescripción de plazos, no sea posible interponer ningún otro recurso administrativo.

3. Cuando los productos objeto de comiso hayan podido causar daños a terceros y se investiguen las responsabilidades por vía judicial, no podrán ser destruidos hasta que no se hayan agotado todas las instancias procesales o, en su caso, hasta que por prescripción de plazos no sea posible interponer ningún otro recurso judicial.

Artículo 34.

1. Los Ayuntamientos que, de acuerdo con el artículo 3 de esta Ley, ejerzan por delegación funciones propias de investigación, habrán de comunicar su resultado a los órganos competentes de la Generalidad.

2. A efectos de coordinación con la Administración del Estado, esta recibirá la comunicación de los resultados de las investigaciones que comporten incoación del correspondiente expediente sancionador.

CAPÍTULO IV

Órganos competentes en materia de sanciones

Artículo 35.

1. Se establecerán por reglamento los órganos y las autoridades que serán competentes para incoar y tramitar el procedimiento sancionador, así como para imponer las correspondientes sanciones reguladas en esta Ley.

2. El Consejo Ejecutivo será el órgano competente para imponer las sanciones correspondientes a las faltas muy graves, para acordar el comiso definitivo y para imponer las otras sanciones complementarias reguladas en el artículo 23 de esta Ley.

Disposición transitoria.

Las normas contenidas en la presente Ley no serán aplicables a los expedientes que estén en tramitación en el momento de su entrada en vigor.

Disposición adicional primera.

El Consejo Ejecutivo dictara las disposiciones reglamentarias oportunas para la creación de una comisión que, integrada paritariamente por representantes de la Administración de la Generalidad y de las Corporaciones Locales, tendrá por objeto proponer medidas de coordinación y colaboración y conocer los proyectos de las disposiciones que el Consejo Ejecutivo piense dictar en esta materia.

Disposición adicional segunda.

Los Departamentos competentes del Gobierno de la Generalidad mantendrán informadas, en relación con su programa de actuaciones en materia de control alimentario, a las corporaciones profesionales implicadas, a las entidades representativas del sector alimentario y a las asociaciones de consumidores.

Disposición adicional tercera.

Se autoriza al Consejo Ejecutivo para que modifique las cuantías mínimas y máximas fijadas en el artículo 20 de esta Ley cuando entienda que queden desfasadas en relación con la evolución socio-económica y no cumplen con eficacia su función sancionadora.

Disposición adicional cuarta.

Se aplicaran las definiciones contenidas en el Código Alimentario español a los conceptos utilizados en esta Ley.

Disposición final primera.

1. El Consejo Ejecutivo determinara y estructura, respectivamente, los Departamentos y servicios competentes en materia de higiene y control alimentarios.
2. En el plazo de cinco meses a contar desde la entrada en vigor de la presente Ley, el Consejo Ejecutivo, a propuesta de los Departamentos competentes, de acuerdo con el punto 1 de esta disposición y el artículo 13.1, aprobara la plantilla del personal necesario para cubrir las funciones establecidas en la presente Ley.

Disposición final segunda.

El Consejo Ejecutivo dictara las disposiciones necesarias para el desarrollo y aplicación de esta Ley.

Disposición final tercera.

La presente Ley entrara en vigor a los quince días de su publicación en el «Diario Oficial de la Generalidad».

Información relacionada

- Téngase en cuenta la Resolución de 17 de diciembre de 2001, sobre conversión a euros, publicada en el DOGC núm. 3539, de 21 de diciembre de 2001.

§ 20

Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura

Comunidad Autónoma de Extremadura
«DOE» núm. 76, de 3 de julio de 2001
«BOE» núm. 177, de 25 de julio de 2001
Última modificación: 31 de diciembre de 2018
Referencia: BOE-A-2001-14418

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

I

La Constitución española, en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud, y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Además, en el aspecto organizativo, en su título VIII, establece una nueva articulación del Estado cuya implantación progresiva debe suponer una reordenación de las competencias entre las diferentes Administraciones Públicas.

El Estatuto de Autonomía de Extremadura confiere a la Comunidad Autónoma competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene, de coordinación hospitalaria en general, así como en asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca.

La respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud está contenida 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.

La Ley General de Sanidad establece las bases para la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de los 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.

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, dentro del ámbito de sus competencias, a adoptar medidas de intervención

sanitaria excepcionales cuando así lo exijan razones de urgencia o necesidad; con la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que tiene por objeto el 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.

Por último, dentro de este marco legal global, deben considerarse también la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto a aquellos aspectos de salud laboral que le competen al sistema sanitario público; la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, que, entre otros aspectos, regula los organismos autónomos y las entidades públicas empresariales, y la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases de régimen local.

Finalmente, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, deben tenerse en cuenta la Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar; la Ley 3/1996, de 25 de junio, de Atención Farmacéutica; la Ley 3/1985, de 19 de abril, General de Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma, y el Decreto legislativo 1/1990, de 26 de julio, que aprueba el texto refundido de la Ley de la Función Pública de Extremadura.

II

En ejercicio de aquella competencia y en el marco definido por la legislación básica estatal, la Asamblea de Extremadura establece, con la Ley de Salud, el ámbito normativo de la política de la Comunidad Autónoma en materia de sanidad.

El conjunto de la Ley tiene como finalidad la atención sanitaria al ciudadano. Para ello, establece un nuevo marco de ordenación específico para la sanidad pública extremeña, flexible, generador de innovaciones, motivador para todos los trabajadores de la salud y adaptable a los constantes cambios que demanda la sociedad extremeña.

En la misma destacan: 1) la constitución y ordenación del Sistema Sanitario Público de Extremadura, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades y prestaciones que, conforme al Plan de Salud de Extremadura, son desarrolladas por organizaciones y personas públicas en Extremadura, y que tiene por objetivo la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud; 2) la regulación general de cuantas actividades, servicios y prestaciones, públicos o privados, determinen la efectividad del derecho constitucional de la protección de la salud; y 3) la creación y organización del Servicio Extremeño de Salud, que comprende, bajo la dirección, supervisión y control de la Junta de Extremadura, 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, la asistencia sanitaria y rehabilitación funcional.

La Ley otorga una nueva estructuración del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura, 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 Extremeño de Salud, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios públicos que lo integran.

La Ley de Salud de Extremadura opta por un modelo organizativo, generalizado entre las Comunidades Autónomas, y de cuyas leyes territoriales ha procurado extraer lo que ha valorado como más favorable a la realidad de la sociedad extremeña y aquello que la experiencia ha constatado como más eficaz y eficiente para alcanzar los objetivos enunciados en la misma.

Además, la Ley completa el catálogo de prestaciones a que tienen acceso los usuarios y particulariza algunas de ellas.

III

El título preliminar establece el objeto de la Ley, su ámbito de aplicación, así como los principios rectores en los que se inspira todo su articulado.

El sistema responde a los principios de universalización de la atención; aseguramiento único y financiación pública del sistema; complementariedad, coordinación e integración o

adscripción funcional de todos los medios y recursos del Sistema Sanitario Público de Extremadura; organización desconcentrada y descentralizada; evaluación continua de los componentes públicos y privados del sistema; 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 y de los profesionales 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 Sanitario Público de Extremadura; eficacia, como parte de la calidad en la prestación de los servicios encomendados al sistema, respondiendo a criterios de planificación previos.

IV

El título I de la Ley, dedicado al Sistema Sanitario Público de Extremadura, define a éste, y establece las distintas actividades, servicios y prestaciones de las Administraciones Públicas con relación al mismo.

El Sistema Sanitario Público de Extremadura, integrado en el Sistema Nacional de Salud, es definido en la Ley como el conjunto de recursos, de actividades y de prestaciones que, conforme al Plan de Salud de Extremadura, funciona de forma coordinada y ordenada, siendo desarrollados por organizaciones y personas públicas o privadas en el territorio de la comunidad, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la asistencia sanitaria y la rehabilitación.

Esta Ley incorpora una serie de medidas de reconocimiento, protección y garantía de los derechos de los ciudadanos con relación al sistema sanitario, en línea con las legislaciones europeas más avanzadas y con la práctica de las empresas de servicios públicos.

La Ley crea el Consejo Extremeño de Salud como órgano colegiado de carácter consultivo, con el objetivo general de promover la participación democrática de la sociedad en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Mantiene, así mismo, los Consejos de Salud de Área y Zona, como órganos de consulta y participación comunitaria a nivel del área de salud y de la zona de salud, respectivamente.

Adscrito al departamento de la Administración regional que ostente las competencias en materia de protección de los derechos de los consumidores, la Ley crea la figura del defensor de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura como órgano encargado de la defensa de los derechos de aquéllos, otorgándole plena autonomía e independencia en el desempeño de sus funciones.

Finalmente, en su último capítulo, el título I enuncia las fuentes de financiación del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

V

La planificación sanitaria en Extremadura tiene su principal referente en el Plan de Salud de Extremadura, expresión de la política de salud a desarrollar por las Administraciones Públicas y entidades privadas que ejerzan su actividad en este campo, en nuestra Comunidad Autónoma.

La Ley, en su título II, establece el Plan de Salud de Extremadura como una herramienta estratégica para la planificación sanitaria en la Comunidad Autónoma, así como para la coordinación de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos implicados, públicos y privados, a fin de garantizar que las funciones del mismo se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz.

VI

El título III constituye la columna vertebral de la organización pública de los servicios sanitarios bajo la denominación de Sistema Sanitario Público de Extremadura y establece una ordenación territorial definida en áreas y zonas de salud.

El área de salud, como estructura básica del Sistema, constituye el ámbito de referencia para la financiación de las actuaciones sanitarias que en ella se desarrollan y dispone de una organización que asegura la continuidad de la atención en sus distintos niveles. Promueve la efectiva aproximación de los servicios al usuario y la coordinación de todos los recursos sanitarios y sociosanitarios. La zona de salud, por su parte, es el marco territorial y poblacional de la atención primaria donde desarrollan las actividades sanitarias los profesionales integrantes del equipo de atención primaria.

En relación con la ordenación funcional del Sistema Sanitario Público de Extremadura, se establecen las actividades de la estructura sanitaria del Sistema Sanitario y los niveles de atención del mismo. Respecto a las funciones, se enumeran las relativas a las Administraciones Públicas, de Salud Pública y de Asistencia Sanitaria; además, la Ley establece que los centros, servicios, y establecimientos del Sistema Sanitario Público de Extremadura, deberán fomentar la investigación, docencia y formación continuada del personal, y su participación en esas actividades, correspondiendo a la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma establecer reglamentariamente los principios a que han de ajustarse dichas actividades.

La Ley establece en este título dos niveles de atención: atención primaria y atención especializada. Como atención transversal a éstas, es decir, participando de ambos niveles, define la atención a las urgencias y emergencias sanitarias y la atención sociosanitaria.

VII

El título IV de la Ley regula el régimen sancionador. Tipifica las infracciones sanitarias y establece las sanciones aplicando una graduación a cada nivel de infracción, en función de la negligencia e intencionalidad del sujeto infractor, fraude o connivencia, incumplimiento de las advertencias previas, número de personas afectadas, perjuicio causado, beneficios obtenidos a causa de la infracción y permanencia y transitoriedad de los riesgos. Regula la prescripción de las infracciones, la caducidad de la acción, así como las medidas provisionales que podrá tomar el órgano competente para asegurar el cumplimiento de la legalidad y salvaguardia de la salud pública.

VIII

El título V, estructurado en cinco capítulos, está dedicado a la creación y regulación del Servicio Extremeño de Salud.

En aras de alcanzar los objetivos otorgados al Sistema Sanitario Público de Extremadura, el Servicio Extremeño de Salud representa un órgano instrumental, separado del concepto del sistema, creado por la Ley para la ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma, conforme a los objetivos y principios establecidos por la Ley.

Su creación se concibe como una actuación prudente y previsora, que permitirá, en su momento, asumir adecuadamente la transferencia de competencias y medios de los servicios sanitarios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

La configuración jurídico-organizativa adoptada como un Organismo Autónomo único e integrador que gestione todos los recursos, centros y servicios sanitarios públicos en Extremadura, permite la unificación funcional de los mismos, todo ello en el marco de una concepción integral de la salud en Extremadura y un funcionamiento descentralizado de los recursos humanos y materiales. Se le dota, así mismo, de una estructura organizativa y de gestión capacitada para una más eficaz atención a la salud en Extremadura en el ejercicio de los derechos regulados en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y lograr una coordinada y óptima utilización de los medios y servicios sanitarios existentes o futuros en Extremadura.

IX

En resumen, la Ley de Salud de Extremadura consolida y refuerza la existencia de un Sistema Sanitario Público universal, integral, solidario y equitativo, a la vez que pone las bases reguladoras para una ordenación sanitaria eficaz, que tenga en cuenta todos los recursos y que sea socialmente eficiente, lo que refuerza la vocación pluralista de la Ley y su carácter de perdurabilidad, dejando claramente establecidos los principios básicos que caracterizan a un Sistema Sanitario Público sin fisuras y al servicio de las necesidades y deseos de todos los extremeños.

TÍTULO PRELIMINAR

Objeto, ámbito y principios rectores

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

La presente Ley tiene por objeto la ordenación y regulación del Sistema Sanitario Público de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Servicio Extremeño de Salud.

Artículo 2. *Ámbito.*

En el territorio de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la presente Ley será de aplicación a:

a) Todos los extremeños y residentes en cualquiera de los municipios de Extremadura, con independencia de su situación legal o 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.

b) Las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

c) Cualesquiera otras entidades o instituciones, tanto públicas como privadas, cuando así se establezca en la presente norma.

Artículo 3. *Principios rectores.*

La presente Ley se inspira en los siguientes principios:

a) Concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación e incorporación social.

b) Universalización de la atención sanitaria, garantizando la igualdad efectiva en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias.

c) Aseguramiento único y financiación públicos del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

d) Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos.

e) Titularidad pública de los centros y servicios sanitarios, así como su coordinación, descentralización, autonomía y responsabilidad.

f) Eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos.

g) Mejora continua de la calidad de los servicios y prestaciones.

h) Superación de los desequilibrios territoriales y en la prestación de los servicios y superación de las desigualdades sociosanitarias.

i) Participación social, comunitaria y de los trabajadores.

j) Fomento del conocimiento sobre el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos.

TÍTULO I

El Sistema Sanitario Público de Extremadura

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 4. *Concepto.*

1. A los efectos de esta Ley, se constituye el Sistema Sanitario Público de Extremadura como el conjunto de recursos, de actividades y de prestaciones que, conforme al Plan de Salud de Extremadura, funcionan de forma coordinada y ordenada, siendo desarrollados por organizaciones y personas públicas en el territorio de la Comunidad, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la asistencia sanitaria, la rehabilitación funcional y reincorporación social del paciente.

2. La Junta de Extremadura, en los términos de esta Ley y mediante las facultades de dirección, coordinación, ordenación, planificación, supervisión y control que en ella se le atribuyen, garantiza el funcionamiento armónico y eficaz del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Artículo 5. *Prestaciones del Sistema Sanitario Público de Extremadura.*

1. Las prestaciones ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Extremadura serán, como mínimo, las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.

2. La inclusión de nuevos servicios y prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, llevando asociada una financiación específica.

CAPÍTULO II

Competencias de las Administraciones Públicas

Artículo 6. *Atribuciones de las Administraciones Públicas.*

1. Las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma garantizarán, en el ámbito de sus competencias, el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a los ciudadanos, en los términos previstos en esta Ley.

2. Corresponde a los poderes públicos extremeños la actuación preferente de promocionar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socioeconómica, con el fin de estimular los hábitos saludables, el control de factores de riesgo, la anulación de efectos negativos y la sensibilización y concienciación sobre el lugar preponderante que por su naturaleza le compete.

3. Las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma, dentro de sus respectivas competencias, adoptarán las siguientes medidas:

a) Establecer y acordar limitaciones y medidas preventivas en relación con las actividades públicas y privadas que puedan tener consecuencias negativas para la salud.

b) Establecer prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes cuando supongan un riesgo o daño para la salud.

c) Adoptar las medidas cautelares necesarias, 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 exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario o una repercusión excepcional y negativa para la salud. La duración de las citadas medidas no excederá de lo que exija la situación de riesgo que las justificó.

Artículo 7. *Competencias de la Junta de Extremadura con relación al Sistema Sanitario Público de Extremadura.*

1. La Junta de Extremadura ejercerá las competencias que tiene atribuidas la Comunidad Autónoma en materia de sanidad interior, higiene y salud pública, asistencia y prestaciones sanitarias, y ordenación farmacéutica de acuerdo con lo previsto en el Estatuto de Autonomía de Extremadura.

2. Las competencias de la Junta de Extremadura con relación al Sistema son:

a) El establecimiento de las directrices de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma.

b) Velar por los derechos reconocidos en la presente Ley en relación con los servicios sanitarios.

c) La planificación y ordenación de las actividades, programas y servicios sanitarios y sociosanitarios.

d) La aprobación del Plan de Salud de Extremadura.

e) La cooperación y coordinación general con el resto de las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma.

f) La aprobación del mapa sanitario de la Comunidad.

g) Desarrollar, en el ámbito de sus competencias, la normativa básica sanitaria, así como la relativa al personal del Sistema Sanitario Público dictada en consonancia con lo establecido en la legislación básica estatal.

h) Todas las demás que le sean atribuidas por las disposiciones vigentes.

Artículo 8. *Competencias de la Consejería responsable en materia de sanidad con relación al Sistema Sanitario Público de Extremadura.*

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, en el marco de la política sanitaria definida por la Junta de Extremadura:

a) Establecer los principios generales que han de informar la política de salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura, proponiendo los criterios generales de planificación.

b) Vigilar, inspeccionar y evaluar las actividades del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y su adecuación al Plan de Salud.

c) Controlar los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias y centros sociosanitarios, en lo que se refiere a la autorización de creación, apertura, modificación y cierre, así como el mantenimiento de los registros pertinentes, su catalogación y, en su caso, su acreditación.

d) Inspección de todos los centros, servicios, prestaciones y establecimientos sanitarios y sociosanitarios de Extremadura, así como el control de sus actividades de promoción y publicidad.

e) Ejercitar las competencias en materia de intervención pública para la protección de la salud, en especial la exigencia de autorizaciones sanitarias de funcionamiento a todas las industrias, establecimientos y actividades alimentarias de uso humano, así como el control e inspección de los procesos desarrollados por los mismos.

f) Establecer la estructura básica y las características que ha de reunir el sistema de información sanitaria, a los efectos de garantizar un adecuado soporte de las decisiones que afectan al sistema sanitario.

g) Elaborar y proponer a la Junta de Extremadura la aprobación del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.

h) Proponer a la Junta de Extremadura la aprobación del proyecto de Mapa Sanitario de Extremadura, así como las modificaciones en sus distintos ámbitos territoriales.

i) Establecimiento, control e inspección de las condiciones higiénico-sanitarias de funcionamiento y desarrollo de actividades, locales y edificios de convivencia pública o colectiva y, en general, del medio en que se desenvuelve la vida humana, sin perjuicio de las competencias de las Corporaciones Locales.

j) Ordenación y regulación de las funciones de policía sanitaria mortuoria.

k) Todas aquellas competencias que le sean atribuidas por las disposiciones vigentes.

2. En el ámbito de sus respectivas atribuciones, tienen el carácter de autoridad sanitaria la Junta de Extremadura, el Consejero titular de la Consejería competente en materia sanitaria, así como los órganos de la misma que se determinen, y los Alcaldes, de acuerdo con lo previsto en la legislación de Régimen Local y en esta Ley.

3. El personal debidamente acreditado que actúe en representación de la autoridad sanitaria, cuando ejerza funciones de inspección, estará facultado para:

a) Acceder libremente y en cualquier momento a todo centro, servicio 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 o sacar muestras con objeto de comprobar el cumplimiento de la legislación aplicable.

d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas para el adecuado cumplimiento de las funciones de inspección y control, incluyendo la adopción de medidas cautelares necesarias para preservar la Salud colectiva en situaciones de urgente necesidad. En este último supuesto, se habrá de dar cuenta inmediata de las actuaciones realizadas a la autoridad sanitaria competente, quien deberá ratificar o no dichas actuaciones en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas desde que fueron adoptadas.

Artículo 9. *Competencias de las Corporaciones Locales en relación con el Sistema Sanitario Público.*

1. De conformidad con lo establecido en la legislación de Régimen Local, en la Ley General de Sanidad y en esta Ley, a las Corporaciones Locales les corresponden las siguientes actuaciones mínimas, que ejercerán en el marco de las directrices, objetivos y líneas de actuación del Plan de Salud de Extremadura:

a) Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales y residuos sólidos urbanos, industriales y agrarios.

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 en 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 de los medios de su 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) Participación en los órganos de dirección y/o participación de los servicios públicos de salud en la forma que reglamentariamente se determine.

h) Participación, en la forma que reglamentariamente se determine, en la elaboración de los programas de salud de su ámbito.

i) Colaboración, en los términos en que se acuerde en cada caso, en la construcción, reforma y/o equipamiento de centros y servicios sanitarios.

j) Conservación y mantenimiento de los consultorios locales.

2. La Junta de Extremadura podrá delegar o transferir a las Corporaciones Locales el ejercicio de cualesquiera funciones en materia sanitaria en las condiciones previstas en la legislación vigente.

3. Para el desarrollo de las funciones contenidas en los apartados anteriores, las Corporaciones Locales podrán solicitar la colaboración de los recursos sanitarios del área de salud.

CAPÍTULO III

Derechos y deberes de los ciudadanos respecto al Sistema Sanitario

Artículo 10. *Titulares de los derechos y deberes.*

1. Sin perjuicio de lo previsto en la legislación básica estatal, y con independencia de su situación legal o administrativa, son titulares de los derechos y deberes contemplados en esta Ley, en relación con el Sistema Sanitario Público de Extremadura, los siguientes:

a) Los españoles y los extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Extremadura.
b) Los españoles y extranjeros no residentes en Extremadura que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación estatal.
c) Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del Derecho comunitario europeo y de los Tratados y Convenios suscritos o que pudieran suscribirse por el Estado español y les sean de aplicación.
d) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las Leyes, los Tratados y Convenios suscritos por el Estado español.

2. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, se garantizará a todas las personas en Extremadura la atención en situación de urgencias y emergencias.

Artículo 11. *Derechos.*

1. De conformidad con los derechos reconocidos en la Constitución Española y en la legislación básica estatal, en el Sistema Sanitario Público de Extremadura se garantizan los siguientes derechos:

a) A las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
b) Al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por ninguna causa. Este derecho incluirá el progresivo ofrecimiento de habitación individual en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
c) A la información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
d) A disponer de información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos.
e) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en cualquier institución sanitaria de Extremadura.
f) A ser advertidos de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pudieran ser utilizados en un proyecto docente o de investigación, sin que, en ningún caso, dicha aplicación comporte riesgo adicional para la salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
g) **(Derogada)**
h) **(Derogada)**
i) A que se les asigne un médico, cuyo nombre se les dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
j) **(Derogada)**
k) **(Derogada)**
l) A participar en las actividades sanitarias a través de los cauces previstos en la normativa básica estatal en la presente Ley y en cuantas disposiciones la desarrollen.
m) **(Derogada)**
n) 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.

ñ) A la utilización de los procedimientos de reclamación y sugerencias, así como a recibir respuestas por escrito, siempre de acuerdo con los plazos que reglamentariamente se establezcan.

o) A la libre elección de médico, servicio y centro, así como a obtener una segunda opinión médica, en los términos que reglamentariamente se establezcan. En el ámbito de la atención primaria, se entenderá la libre elección a la unidad básica asistencial.

p) A la información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva conocidos.

q) Al libre acceso al defensor de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

2. Los menores, mayores dependientes, enfermos mentales, los que padecen enfermedades crónicas, terminales y discapacitantes y las personas pertenecientes a grupos de riesgo, tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios específicos y preferentes en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

3. Los enfermos mentales, sin perjuicio de lo señalado en los epígrafes precedentes, tendrán, en especial, 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 para la continuación del mismo.

b) En los ingresos forzosos, el derecho a que se reexamine periódicamente la necesidad del internamiento.

4. Sin perjuicio de la libertad de empresa, los derechos contemplados en los epígrafes b), c), d) e), f), g), h), i), j), k), m), n), ñ) y p) del apartado primero y el apartado tercero serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

5. **(Derogado)**

Artículo 12. *Deberes.*

Sin perjuicio de los deberes reconocidos en la legislación básica estatal, al ámbito de esta Ley los ciudadanos están sujetos, con respecto al Sistema Sanitario Público de Extremadura, al cumplimiento de los siguientes deberes:

a) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicamente determinadas por los servicios sanitarios.

b) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias y sociosanitarias.

c) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

d) **(Derogada)**

e) Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro sanitario y sociosanitario a los usuarios y personal que preste sus servicios en los mismos.

f) Colaborar con los centros, servicios y profesionales sanitarios, facilitando la información de su estado de salud para adecuar la atención sanitaria a las necesidades demandadas.

g) Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se le otorgan a través de la presente Ley.

CAPÍTULO IV

Órganos de participación

Sección 1.ª El Consejo Extremeño de Salud y El Consejo Regional de Pacientes de Extremadura

Artículo 13. *El Consejo Extremeño de Salud.*

1. Al objeto de promover la participación democrática de la sociedad en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, se constituye el Consejo Extremeño de Salud, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, como órgano colegiado superior de carácter consultivo, de participación ciudadana y de formulación y control de la política sanitaria en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

2. Corresponde a la Junta de Extremadura la regulación reglamentaria de la organización, composición, funcionamiento y atribuciones del Consejo Extremeño de Salud, en el que se contemplará, al menos, la participación de las Administraciones locales, los sindicatos y las organizaciones empresariales más representativas a nivel de Extremadura, así como las organizaciones de consumidores y usuarios.

Artículo 13 bis. *Consejo Regional de Pacientes de Extremadura.*

1. Con la finalidad de promover la participación formal de los pacientes en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, se creará el Consejo Regional de Pacientes de Extremadura, 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 la Comunidad Autónoma de Extremadura.

2. El Consejo Regional de Pacientes de Extremadura tendrá como objetivo general promover la coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de las actividades relacionadas con la participación de las instituciones de pacientes y familiares de afectados con ámbito de actuación en la Comunidad Autónoma de Extremadura en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

3. La composición, organización, funcionamiento y atribuciones del Consejo Regional de Pacientes de Extremadura serán objeto de desarrollo reglamentario.

Sección 2.ª De los Consejos de Salud

Artículo 14. *Consejos de Salud de Área y Zona.*

1. En cada área de salud se establecerá un Consejo de Salud de Área, como órgano colegiado de consulta y participación, con la finalidad de contribuir, dentro de su ámbito, en la mejora de la actuación sanitaria.

2. En cada zona de salud se establecerá un Consejo de Salud de Zona, como órgano colegiado de participación ciudadana.

3. Reglamentariamente se establecerá la organización, composición, funcionamiento y atribuciones de los Consejos de Salud de Área y de Zona.

Artículo 15. *Otros órganos de participación.*

1. Por la Junta de Extremadura se podrán establecer órganos de participación a otros niveles de la organización funcional del Sistema Sanitario Público de Extremadura, con la finalidad de asesorar a los correspondientes órganos directivos e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud.

2. Corresponde a la Junta de Extremadura la regulación reglamentaria de los órganos de participación a que hace referencia el apartado anterior, y que se ajustará a los criterios de participación democrática de todos los interesados, y cuya composición se establecerá en cada caso en función de su naturaleza y su ámbito de actuación.

3. Estos órganos de participación podrán incluir, entre otros, a Colegios Profesionales, Sociedades Científicas y Asociaciones, así como a personas de reconocido prestigio en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

CAPÍTULO V

Del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura

Artículo 16. *El Defensor de los Usuarios.*

1. Se crea el Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura como órgano encargado de la defensa de los derechos de aquéllos, quien desempeñará sus funciones con plena autonomía e independencia.
2. El Defensor de los Usuarios estará adscrito al departamento de la Administración regional que ostente las competencias en materia de protección de los derechos de los consumidores.
3. El Defensor de los Usuarios dará cuenta de sus actividades anualmente a la Comisión de Política Social de la Asamblea de Extremadura y al Consejo Extremeño de Salud.

Artículo 17. *Designación.*

El Defensor de los Usuarios será designado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejo Regional de Consumidores y Usuarios por un período de cinco años.

Artículo 18. *Actuaciones.*

1. El Defensor de los Usuarios podrá actuar de oficio o a instancia de toda persona natural o jurídica que invoque un interés legítimo.
2. En su investigación, podrá solicitar de las Administraciones competentes la información detallada que considere necesaria, quedando garantizada la más absoluta reserva y confidencialidad en su actuación.
3. Si de las actuaciones realizadas por el Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, en el estudio de las reclamaciones, quejas o denuncias presentadas, se dedujeran la posibilidad de la existencia de responsabilidad administrativa, elevará la correspondiente propuesta al órgano competente en cada caso, para que se actúe de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente, viniendo éste obligado a dar cuenta al Defensor de los Usuarios del resultado de las actuaciones realizadas.

Artículo 19. *Régimen jurídico.*

Reglamentariamente la Junta de Extremadura establecerá la estructura del órgano, así como las incompatibilidades, situación administrativa y régimen que le sea de aplicación.

CAPÍTULO VI

Financiación

Artículo 20. *Fuentes de financiación del Sistema.*

El Sistema Sanitario Público de Extremadura se financiará fundamentalmente con cargo a:

a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Junta de Extremadura en los Presupuestos del Estado afectos a servicios y prestaciones sanitarias.
b) Los ingresos obtenidos de los tributos que se cedan total y parcialmente por el Estado a la Comunidad Autónoma de Extremadura para fines sanitarios, así como los ingresos de los tributos y precios públicos que para idénticos fines establezca la Comunidad Autónoma.
c) Los recursos no contemplados en el artículo 21, que le puedan ser asignados con cargo a los Presupuestos de la Comunidad Autónoma.

Artículo 21. *Otras fuentes de financiación.*

Constituyen otras fuentes de financiación del Sistema:

a) Las aportaciones que deben realizar las Corporaciones locales con cargo a su presupuesto.

b) Los rendimientos de los bienes y derechos propios que tenga adscritos.

c) Las subvenciones, donaciones y aportaciones voluntarias, tanto de entidades públicas como privadas y de 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 prestada a los españoles y extranjeros a los que se refiere el artículo 10.1 de la presente Ley, así como cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado.

Artículo 22. *Precios públicos.*

En las tarifas de precios públicos que se establezcan, para los casos en que el Sistema Sanitario Público de Extremadura tenga derecho al reembolso de los gastos efectuados, se tendrán en cuenta los costes efectivos totales de los servicios prestados, de acuerdo con lo establecido en la normativa autonómica sobre tasas y precios públicos.

TÍTULO II

El Plan de Salud de Extremadura

Artículo 23. *Definición.*

La Consejería competente en materia de sanidad elaborará el Plan de Salud de Extremadura, como el instrumento estratégico superior de planificación y coordinación sanitarias de la Comunidad Autónoma.

Artículo 24. *Elaboración.*

1. La Consejería competente por razón de la materia dictará o, en su caso, instará la realización de las normas y el plazo para la elaboración del Plan de Salud de Extremadura.

2. En su elaboración, se tendrán en consideración las propuestas formuladas por cada una de las áreas de salud.

Artículo 25. *Aprobación y vigencia.*

El Plan de Salud de Extremadura será aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, oído el Consejo Extremeño de Salud. Una vez aprobado, será presentado por el titular de la Consejería competente en materia sanitaria, ante la Asamblea de Extremadura, para su conocimiento. El período de vigencia será fijado en el propio plan.

Artículo 26. *Deber de colaboración.*

Todos los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma, de las Instituciones sanitarias, así como los correspondientes de las Corporaciones locales, vendrán obligados a prestar la debida colaboración para la elaboración del Plan, suministrando datos, facilitando información y prestando la asistencia que se demande por la autoridad sanitaria.

Artículo 27. *Principios del Plan de Salud.*

El Plan de Salud deberá ajustarse a los siguientes principios:

a) La adecuación a los objetivos de la política socioeconómica y de bienestar social de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

b) El establecimiento de indicadores o criterios básicos y comunes que favorezcan la ordenación y coordinación sanitaria, y posibiliten evaluar las necesidades de recursos, así como el inventario de los mismos.

c) El mantenimiento de un marco de actuaciones conjuntas para alcanzar un sistema sanitario equitativo y armónico, basado en la concepción integral de la salud.

d) La elaboración de criterios básicos y comunes de evaluación de la eficacia y eficiencia del sistema sanitario.

Artículo 28. *Contenido del Plan de Salud.*

El Plan de Salud deberá incluir, al menos, la valoración de la situación inicial; el análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios; el establecimiento de objetivos a alcanzar; los programas a desarrollar; las previsiones económicas y de financiación de las actividades; y los mecanismos de evaluación de la aplicación y seguimiento del Plan.

TÍTULO III

Organización general del Sistema Sanitario Público de Extremadura

CAPÍTULO I

Componentes del Sistema

Artículo 29. *Centros, servicios y establecimientos del Sistema.*

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

a) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Extremeño de Salud o adscritos al mismo.
b) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas o cualesquiera otras entidades públicas admitidas en derecho, adscritos a la Administración Sanitaria de la Junta de Extremadura.
c) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Corporaciones locales, y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

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

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) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios que se adscriban al mismo en virtud de un concierto o convenio singular de vinculación.
c) Cualesquiera otros que pueda crear o recibir por cualquier título la Comunidad Autónoma.

Artículo 30. *Recursos humanos del Sistema.*

El personal al servicio del Sistema Sanitario Público de Extremadura estará formado por:

a) El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura que preste sus servicios en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.
b) El personal de otras Administraciones Públicas que se adscriba para prestar servicios en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.
c) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 31. *Clasificación y régimen jurídico del personal del Sistema.*

La clasificación y régimen jurídico del personal del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y de los organismos y/o entidades adscritas o que lo conformen, se regirán por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.

CAPÍTULO II

Ordenación territorial

Sección 1.ª Áreas de salud

Artículo 32. *Contenido y naturaleza.*

1. El Sistema Sanitario Público de Extremadura se ordena en demarcaciones territoriales denominadas áreas de salud, dentro de las cuales se dispondrá de las dotaciones necesarias para prestar atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria.

2. El área de salud es 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 adopte la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma.

3. El área de salud, como estructura básica del Sistema Sanitario Público de Extremadura, constituye el ámbito de referencia para la financiación de las actuaciones sanitarias que en ellas se desarrollan. Su organización deberá asegurar la continuidad de la atención en sus distintos niveles y promoverá la efectiva aproximación de los servicios al usuario y la coordinación de todos los recursos sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados. Asimismo, sus órganos de gobierno potenciarán la coordinación de los recursos sanitarios con los dispositivos de acción social.

4. La aprobación y modificación de los límites territoriales de las áreas de salud corresponde a la Junta de Extremadura, oído el Consejo Extremeño de Salud.

5. La Junta de Extremadura podrá establecer otras demarcaciones de carácter funcional como ámbitos de actuación de otros centros, servicios o establecimientos, públicos o de cobertura pública, que, debido a su mayor o menor nivel de especialización o de innovación tecnológica, deban tener asignado un territorio de actuación distinto al del área.

6. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de atención primaria, las áreas de salud se dividen en zonas de salud.

7. Cada área de salud establecerá los objetivos y programas generales de salud de la demarcación y sus necesidades de financiación, integrándose en el Plan de Salud de Extremadura.

8. La gestión y administración de los recursos y ejecución de los programas del área de salud se realizará de forma descentralizada, con las debidas garantías de coordinación, solidaridad, evaluación, seguimiento y participación; así como de consecución de los objetivos generales del Sistema.

9. Para garantizar la coordinación y continuidad de las actuaciones del área de salud, se promoverán dispositivos de información sanitaria básica del área, programas sanitarios comunes para los niveles de atención primaria y especializada, y actuaciones de formación continuada e intercambio técnico entre los profesionales de ambos niveles.

Artículo 33. *Organización.*

1. Los órganos de gobierno y participación en el área de salud son:

a) El Consejo de Dirección de Área, órgano de dirección.

b) La Gerencia de Área, órgano de gestión y coordinación de los recursos del área de salud, existiendo al frente de la misma un Gerente de Área nombrado por el Consejero competente en materia sanitaria, a propuesta de la Dirección del Servicio Extremeño de Salud.

c) El Consejo de Salud de Área, órgano colegiado de participación con carácter consultivo.

2. Reglamentariamente, la Junta de Extremadura determinará la estructura y funcionamiento de los órganos del área de salud.

Artículo 34. *Consejo de Dirección.*

1. El Consejo de Dirección de Área tiene como principal función el establecimiento de los criterios generales de actuación en política sanitaria del área de salud, de conformidad con

las directrices de la Consejería competente en materia de sanidad, el Plan de Salud de Extremadura y los planes estratégicos del Servicio Extremeño de Salud que le pudieran corresponder.

2. El Consejo de Dirección de Área estará compuesto por:

a) El Gerente del Área, que será su Presidente.

b) El Director de Salud de Área, que actuará como Vicepresidente.

c) Cuatro representantes del Servicio Extremeño de Salud en el Área, que serán los responsables de las áreas relacionadas con los recursos humanos, la gestión económica y financiera, y la asistencia sanitaria y sociosanitaria.

d) Cuatro representantes de los municipios del área de salud, elegidos por y entre ellos.

Artículo 35. *Gerencia de Área.*

La Gerencia de Área se encargará de la gestión y ejecución de las directrices establecidas por el Consejo de Dirección de Área y por el Plan de Salud. Así mismo actuará de acuerdo con los planes estratégicos del Servicio Extremeño de Salud, constituyéndose como órgano territorial del mismo.

Artículo 36. *Consejo de Salud de Área.*

1. El Consejo de Salud de Área, órgano colegiado de consulta y participación que tiene como objetivo general la mejora de la actuación sanitaria, efectuará el seguimiento de la gestión del área, procurando una mejor adecuación de los servicios a las necesidades de la población asignada.

2. Formarán parte de los Consejos de Salud de Área, al menos, una representación de la Administración de la Comunidad Autónoma; los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación; las organizaciones sindicales más representativas de todos los trabajadores a nivel de Extremadura; las organizaciones empresariales más representativas en la misma, y las asociaciones de consumidores y usuarios.

Artículo 37. *Director de Salud de Área.*

Para la dirección y coordinación de las acciones y dispositivos de salud pública de la Administración Sanitaria, en el ámbito del área de salud, se nombrará, por el titular de la Consejería competente en materia sanitaria, un Director de Salud de Área. El mismo actuará como responsable de la coordinación, impulso y control de las actividades relacionadas con la Administración Sanitaria y la Salud Pública, en el marco de las líneas de actuación formuladas en el Plan de Salud de Extremadura, y en aquellas acciones conjuntas exigidas por el ejercicio de las competencias atribuidas a la Administración local e institucional, en el ámbito territorial del área, y extraterritorial en los casos que así se determine.

Sección 2.ª Zonas de salud

Artículo 38. *Contenido y naturaleza.*

1. La zona de salud es el marco territorial y poblacional de la atención primaria donde se recibe la prestación sanitaria mediante el acceso directo de la población y en el que se ha tener la capacidad de proporcionar una atención continuada, integral y permanente, a través de los profesionales integrantes del equipo de atención primaria.

2. La aprobación y modificación de los límites territoriales de las zonas de salud corresponde a la Junta de Extremadura. La zona de salud constituye una demarcación sanitaria única que engloba los diferentes núcleos poblacionales asignados a cada equipo de atención primaria. No obstante, la Junta de Extremadura adecuará la distribución del personal a las necesidades asistenciales de cada zona.

3. Las zonas de salud serán delimitadas atendiendo a factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, laborales, culturales, de vías y medios de comunicación, disponiendo de una cabecera en la que se ubicará un centro de salud, como estructura física y funcional, que dará soporte a las actividades comunes de los

profesionales del equipo de atención primaria, así como a las actuaciones sanitarias de la propia localidad.

4. Actuarán como criterios complementarios en la delimitación, los recursos existentes en las diversas zonas y la comarcalización existente o que fuese establecida por la Administración de la Comunidad Autónoma.

5. En el ámbito de la zona de salud, se establecerá de manera integrada las actuaciones relativas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población, así como a la reincorporación social de la persona.

Artículo 39. *Organización.*

1. En cada zona de salud se constituirá un equipo de atención primaria integrado por el conjunto de profesionales que desarrollan las actividades de la zona, contando con el órgano de gestión de los recursos humanos y materiales que se determine. Así mismo, contará con un Consejo de Salud de Zona, como órgano colegiado de participación y coordinación entre las Corporaciones locales y el equipo de atención primaria.

2. Reglamentariamente, la Junta de Extremadura determinará la organización y funcionamiento de los equipos de atención primaria y de las unidades de apoyo a los mismos.

CAPÍTULO III

Ordenación funcional

Sección 1.ª Actividades de la estructura sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura

Artículo 40. *Actividades de las Administraciones Públicas.*

El Sistema Sanitario Público de Extremadura, a través de las Administraciones Públicas en el ámbito de sus respectivas competencias, desarrolla las siguientes actuaciones:

a) De salud pública.
b) De asistencia sanitaria.
c) De docencia e investigación.
d) De formación.
e) De salud laboral.
f) De evaluación y mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.
g) Rehabilitación funcional y reincorporación social.
h) Cualquier otra actividad relacionada con la atención integral de la salud, no enunciada en los puntos anteriores.

Artículo 41. *Actividades de salud pública.*

El Sistema Sanitario Público de Extremadura desarrolla las siguientes actividades de salud pública:

a) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, adoptando acciones sistemáticas de educación para la salud, y de información y análisis epidemiológicos para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.

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) Promoción y control sanitario 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 convivencia.

e) Promoción y protección de la salud laboral, y prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

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 alimentaria.

j) Prevención y protección de las zoonosis.

k) Promoción y protección de la salud en el ámbito de la orientación y planificación familiar.

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) Promoción y protección de los hábitos de vida saludables entre la población y atención a los grupos sociales de mayor riesgo y, en especial, a niños, jóvenes, discapacitados y ancianos.

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) Control de todas aquellas actividades clasificadas por su repercusión sobre la salud.

r) Prevención y protección de la salud frente a cualquier otro factor de riesgo, en especial la prevención de deficiencias.

s) Policía sanitaria mortuoria.

t) Control de la publicidad sanitaria.

Artículo 42. *Actividades de asistencia sanitaria.*

El Sistema Sanitario Público de Extremadura desarrolla las siguientes actividades de asistencia sanitaria:

a) Atención primaria de salud, de carácter integral y 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 de hospitalización, así como la atención continuada correspondiente.

c) Atención sociosanitaria, especialmente a los enfermos crónicos, en coordinación con los servicios sociales.

d) Prestación de productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios para promover, conservar o restablecer la salud.

e) Desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo.

f) 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.

g) Asistencia psiquiátrica.

h) Atención bucodental.

i) Atención a drogodependientes.

j) Atención y desarrollo de la orientación y planificación familiar.

k) Control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

Artículo 43. *Actividades de docencia e investigación.*

1. La estructura asistencial del Sistema Sanitario Público de Extremadura debe reunir los requisitos que permitan su utilización para la docencia pregraduada y postgraduada. De igual manera, todos sus centros, servicios y establecimientos deben estar en disposición de favorecer la investigación.

2. La Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma establecerá reglamentariamente los procedimientos a que han de ajustarse dichas actividades, siempre con pleno respeto a los derechos de los usuarios, fomentando la coordinación con

sindicatos, colegios y asociaciones profesionales y con otras instituciones públicas y privadas que realicen actividades en materia de investigación y docencia, y, especialmente, con la Universidad de Extremadura.

3. La Junta de Extremadura dispondrá de una Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, con la finalidad de atender las necesidades de investigación, documentación, capacitación y formación del personal sanitario que presta sus servicios en la Comunidad Autónoma. Reglamentariamente, se establecerá su estructura, organización y funcionamiento. En el desarrollo de las actividades formativas del personal de la Comunidad Autónoma, se garantizará la coordinación con la Escuela de Administración Pública de Extremadura.

4. La investigación sanitaria contribuirá a la promoción y mejora de la salud de la población de Extremadura, prestando particular atención a las causas de la enfermedad, su prevención y la evaluación de la eficacia y eficiencia de las intervenciones sanitarias, y, así mismo, a aquellas áreas de intervención priorizadas en el Plan de Salud de Extremadura.

5. La Administración Sanitaria Regional establecerá presupuestos específicos que aseguren el desarrollo de las actividades de investigación y docencia.

6. Las Administraciones Públicas de Extremadura deberán fomentar, dentro del Sistema Sanitario Público de Extremadura, las actividades de investigación sanitaria como elemento fundamental para su progreso.

Artículo 44. *Actividades de formación.*

1. La Junta de Extremadura velará para que la formación de los profesionales de la salud se adecue a las necesidades del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

2. Los programas de formación de los centros universitarios, o con función universitaria, deberán ser objeto de coordinación entre la Universidad y las Administraciones Públicas de Extremadura, de acuerdo con sus respectivas competencias.

3. La estructura asistencial del Sistema Sanitario Público de Extremadura deberá ser utilizada para la formación continuada de los trabajadores sanitarios.

Artículo 45. *Actividades de salud laboral.*

De conformidad con lo dispuesto en la normativa básica estatal, corresponderá a la Administración Sanitaria Pública de Extremadura:

a) La implantación de sistemas de información adecuados que permitan la elaboración, junto con las autoridades laborales competentes, 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, al objeto de hacer posible un rápido intercambio de información.

b) 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.

c) La elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionadas con la salud de los trabajadores.

d) Las funciones encomendadas por la legislación vigente respecto a las incapacidades laborales, en coordinación con otras entidades competentes en dicha materia.

Artículo 46. *Actividades de evaluación y mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.*

1. La evaluación de la calidad asistencial constituirá un proceso continuado que informará todas las actividades del personal y de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y sociosanitarios propios, integrados o concertados.

2. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá los sistemas de evaluación de la calidad de las prestaciones y servicios sanitarios, oído el Consejo Extremeño de Salud.

3. Todos los centros y servicios sanitarios facilitarán a las unidades de control externo de calidad el cumplimiento de sus cometidos.

Sección 2.ª Niveles de atención del Sistema Sanitario Público de Extremadura

Artículo 47. *Niveles de atención.*

1. Los servicios sanitarios en Extremadura se ordenarán en los siguientes niveles, que actuarán bajo criterios de coordinación y cooperación:

a) Atención primaria.
b) Atención especializada, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario.

2. Participando de ambos niveles de atención, se prestará la atención a las urgencias y emergencias sanitarias y a la atención sociosanitaria.

Artículo 48. *Atención primaria.*

1. La atención primaria constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al sistema sanitario y se caracteriza por prestar atención integral a la salud, mediante el trabajo de los profesionales del equipo de atención primaria que desarrollan su actividad en la zona de salud correspondiente.

2. El equipo de atención primaria estará formado por los trabajadores que sean precisos para el desarrollo de sus funciones; su estructura y dotación de recursos materiales y humanos atenderá a criterios de funcionalidad y necesidades sanitarias y sociales de la zona de salud.

3. Los trabajadores de atención primaria desarrollan sus funciones en las zonas de salud, prestando sus servicios en los centros de salud, consultorios locales y unidades de apoyo de la atención primaria como las de atención a las drogodependencias, orientación y planificación familiar, salud bucodental, salud mental y cualesquiera otras que se determinen, de manera que se garantice la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

4. Todos los núcleos de población superior a cincuenta habitantes dispondrán de un consultorio local.

5. La Junta de Extremadura, a través de la Consejería responsable en materia de sanidad, establecerá las características mínimas de los centros de atención primaria: centros de salud, consultorios locales y unidades de apoyo a la atención primaria, así como las ayudas necesarias para su adecuación.

6. El personal sanitario del equipo de atención primaria, ostentará las funciones inspectoras y de control del cumplimiento de la normativa vigente en materia sanitaria que reglamentariamente se determinen.

Cuando actúe en el ejercicio de dichas funciones tendrá la consideración de autoridad sanitaria, siendo el máximo responsable del equipo la autoridad sanitaria superior de la zona de salud.

7. Los servicios sociales de base existentes en la zona de salud se coordinarán de forma operativa con el equipo de atención primaria.

Artículo 49. *Atención especializada.*

1. La atención especializada se prestará en los hospitales, así como en otros centros extrahospitalarios de la red asistencial.

2. El hospital es la estructura sanitaria responsable de la atención especializada, programada y urgente, tanto en régimen de internado, como ambulatorio y domiciliario de la población de su ámbito territorial. Desarrolla, además, las funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y de investigación y docencia, en coordinación con la atención primaria.

3. En el marco territorial de cada área de salud existirá un hospital de área de titularidad pública. Dicho hospital estará dotado de los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de la misma y los problemas de salud. El área de salud podrá disponer, para el mejor desarrollo de sus actividades, de otros hospitales de titularidad pública, que podrán conformar con el hospital de área un complejo hospitalario. Los centros de especialidades y el resto de las instituciones abiertas de atención especializada pertenecientes al sector público, independientemente de la denominación que ostenten, quedarán vinculadas al hospital de área.

4. La Consejería con competencias en materia de sanidad establecerá, además, un sistema de servicios de referencia dentro de la Comunidad Autónoma, a los que podrán acceder los usuarios de diversas áreas de salud, según un modelo coordinado y jerarquizado, que permitirá la asistencia de los pacientes cuyas patologías hayan superado la posibilidad de diagnóstico y tratamiento en la propia área de salud.

5. Asimismo, la Consejería responsable en materia de sanidad promoverá el establecimiento de mecanismos que permitan que, una vez superadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas existentes en el ámbito de la Comunidad Autónoma, su población pueda acceder a los recursos asistenciales fuera de la Comunidad Autónoma.

Artículo 50. *Atención de urgencias y emergencias.*

1. La atención a la demanda urgente, como una actividad más de atención sanitaria, recaerá sobre los centros y servicios sanitarios que formarán parte del sistema de urgencias y emergencias sanitarias de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

2. En el ámbito de la atención primaria serán los puntos de atención continuada, dependientes de los centros de salud, los recursos destinados a dar atención permanente y urgente a la población de las zonas de salud correspondientes. Corresponderá al Servicio Extremeño de Salud el establecimiento de los puntos de atención continuada, en el número y localización que se considere necesario, atendiendo a las características climatológicas, geográficas, demográficas, de infraestructura viaria o de carácter epidemiológico.

3. En el ámbito de la atención especializada serán los complejos y centros hospitalarios que se determinen los responsables de ofertar la asistencia a urgencias médicas, a través de sus unidades y servicios de cuidados críticos y de urgencias.

4. Asimismo, de conformidad con el Plan de Salud de Extremadura, se establecerá un sistema de urgencias y emergencias sanitarias, con el objeto de asegurar la atención sanitaria, no sólo en el tiempo, sino entre los diferentes niveles asistenciales, regulándose los mecanismos de comunicación y coordinación adecuados que aseguren la integración de actividades sanitarias.

5. El centro de urgencias y emergencias de Extremadura, a través del teléfono 112, coordinará las llamadas de urgencias y emergencias sanitarias que se produzcan en la región.

Artículo 51. *Atención sociosanitaria.*

1. La atención sociosanitaria integra los cuidados sanitarios con los recursos sociales de forma continuada y coordinada.

2. El sistema sanitario público de Extremadura dispondrá de los recursos necesarios para prestar una atención sociosanitaria de calidad. A tal efecto se coordinarán todos los servicios sanitarios y sociosanitarios de responsabilidad pública con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos.

TÍTULO IV

Régimen sancionador

CAPÍTULO ÚNICO

Régimen sancionador

Artículo 52. *Infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones de los preceptos de la presente Ley, de la normativa que la desarrolle, o de la normativa básica estatal en esta materia, serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. Las infracciones se calificarán como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de

intencionalidad, gravedad de la alteración sanitaria y social producida, generalización de la infracción y reincidencia.

3. Se tipifican como infracciones sanitarias las siguientes:

a) Infracciones leves:

1.º Las simples irregularidades en la observación de la normativa sanitaria vigente sin trascendencia directa para la salud pública.

2.º Las cometidas por la simple negligencia, siempre que la alteración o riesgo sanitario producidos fueren de escasa entidad.

3.º 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.

b) Infracciones graves:

1.º Las que reciban dicha calificación en la normativa aplicable en cada caso.

2.º Las que se produzcan por falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

3.º Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

4.º El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulen las Autoridades Sanitarias, siempre que se produzca por primera vez.

5.º La realización de cualquier actividad sin previa autorización administrativa, al amparo de autorización no en vigor, o infringiendo las condiciones de la concedida, siempre que ésta sea preceptiva.

6.º El ejercicio de cualquier actividad para la que se exija título o habilitación profesionales sin contar con el que sea exigible.

7.º La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes.

8.º El suministro de datos falsos o fraudulentos a las autoridades sanitarias.

9. º La obstrucción a la acción de los servicios de inspección sanitaria.

10. El incumplimiento de las órdenes específicas que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzca por primera vez.

11. Abrir, cerrar o trasladar un centro, servicio o establecimiento sanitario o sociosanitario, o modificar su capacidad asistencial, sin haber obtenido la autorización administrativa correspondiente con arreglo a la normativa que resulte aplicable.

12. El incumplimiento de las normas relativas a registro y acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios.

13. Dificultar o impedir el disfrute de cualquiera de los derechos reconocidos en el título I de esta Ley a los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios y sociosanitarios públicos o privados.

14. La aplicación de las ayudas o subvenciones públicas a finalidades distintas de aquéllas para las que se otorgaron, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 3/1985, de 19 de abril, de Hacienda de Extremadura y demás normativa que resulte aplicable.

15. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de graves, o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

16. La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos tres meses.

17. El incumplimiento del deber de colaborar con la Administración sanitaria en la evaluación y control de medicamentos.

c) Infracciones muy graves:

1.º Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.

2.º Las que se realicen de forma consciente y deliberada, siempre que se produzca un daño grave.

3.º Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.

4.º El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.

5.º La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control o inspección.

6.º La violación grave, o la conculcación de cualquiera de los derechos reconocidos en el título I de esta Ley a los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios y sociosanitarios, públicos o privados.

7.º La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

8.º 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 clasificación como leves o graves.

9.º La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

Artículo 53. *Competencias del régimen sancionador.*

Las infracciones serán sancionadas aplicando 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, número de personas afectadas, perjuicio causado, beneficios obtenidos a causa de la infracción y permanencia y transitoriedad de los riesgos:

a) Infracciones leves:

Grado mínimo: Hasta 600 euros (99.832 pesetas).
Grado medio: Desde 601 hasta 1.800 euros (desde 99.998 hasta 299.495 pesetas).
Grado máximo: Desde 1.801 a 3.000 euros (desde 299.661 hasta 499.158 pesetas).

b) Infracciones graves:

Grado mínimo: Desde 3.001 a 6.000 euros (desde 499.324 hasta 998.316 pesetas).
Grado medio: Desde 6.001 a 10.000 euros (desde 998.482 hasta 1.663.860 pesetas).
Grado máximo: Desde 10.001 a 15.000 euros (desde 1.664.026 hasta 2.495.790 pesetas).

c) Infracciones muy graves:

Grado mínimo: Desde 15.001 a 200.000 euros (desde 2.495.956 hasta 33.277.200 pesetas).
Grado medio: Desde 200.001 a 400.000 euros (desde 33.277.366 hasta 66.554.400 pesetas).
Grado máximo: Desde 400.001 a 600.000 euros (desde 66.554.566 hasta 99.831.600 pesetas), pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

Reglamentariamente, la Junta de Extremadura establecerá los órganos de la Consejería responsable en materia de sanidad o de la Administración autonómica, competentes para imponer las sanciones relativas a las infracciones leves, graves y muy graves. Además, en los supuestos de infracciones muy graves, la Junta de Extremadura podrá acordar el cierre temporal del centro, servicio o establecimiento sanitario por un plazo máximo de cinco años.

Los Ayuntamientos, en cuanto al régimen sancionador, se atendrán a lo establecido en la legislación de régimen local y normativa que la desarrolle, así como en la legislación básica estatal y normativa autonómica.

Artículo 54. *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. El plazo de 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. Así mismo, el plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contar desde el día siguiente a aquél 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.

4. Iniciado el procedimiento sancionador, si transcurriesen seis meses desde la notificación al interesado de cada uno de los trámites previstos en la normativa procedimental de aplicación, sin que se impulse el trámite siguiente, se entenderá igualmente caducada la acción y se archivarán las actuaciones.

Artículo 55. *Medidas provisionales.*

Iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar, mediante acuerdo motivado, como medidas provisionales que resulten necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer y, en todo caso, para asegurar el cumplimiento de la legalidad y salvaguardia de la salud pública, entre otras, las siguientes medidas provisionales:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.
b) La clausura de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.
c) La exigencia de fianza.

Artículo 56. *Clausura de centros, servicios y establecimientos sanitarios.*

La autoridad sanitaria competente, previa audiencia a los interesados, acordará proceder a la clausura o cierre de centros, servicios, establecimientos o instalaciones que no cuenten con las autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, a la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se rectifiquen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad, así como a la retirada del mercado, precautoria o definitiva, de productos o servicios por las mismas razones, no teniendo estas medidas carácter de sanción.

TÍTULO V

Servicio Extremeño de Salud

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 57. *Naturaleza, objeto y régimen jurídico.*

1. Se crea el Servicio Extremeño de Salud, como organismo autónomo de carácter administrativo, con el fin de ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma conforme a los objetivos y principios de esta Ley.

2. El Servicio Extremeño de Salud está dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, de tesorería propia y facultades de gestión del patrimonio afecto, para el cumplimiento de sus fines y adscrito a la Consejería competente en materia sanitaria.

3. El Servicio Extremeño de Salud se regirá por la presente Ley y demás disposiciones que la desarrollan, por la Ley 3/1985, de 19 de abril, General de Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Extremadura y por las demás disposiciones que resulten de aplicación.

Artículo 58. *Principios informadores del Servicio Extremeño de Salud.*

El Servicio Extremeño de Salud servirá con objetividad a los intereses generales de Extremadura, de conformidad con las directrices emanadas de la Consejería competente y actuará de acuerdo con principios de economía, eficacia, eficiencia, jerarquía,

desconcentración y descentralización, coordinación, armonización, solidaridad, participación y equidad, con sometimiento pleno a la Ley y al Derecho.

CAPÍTULO II

Funciones y facultades del Servicio Extremeño de Salud

Artículo 59. *Funciones y facultades del Servicio Extremeño de Salud.*

1. El Servicio Extremeño de Salud, bajo la supervisión y control de la Consejería competente en materia de sanidad, desarrollará las siguientes funciones:

a) Planificación, organización, dirección y gestión de los centros y de los servicios sanitarios adscritos al mismo, y que operen bajo su dependencia orgánica y/o funcional.
b) Prestación de la atención sanitaria.
c) Planificación, organización, dirección y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones que tenga encomendadas.
d) Aquellas que se le atribuyan reglamentariamente.

2. El Servicio Extremeño de Salud, oído el Consejo Extremeño de Salud, podrá elevar a la Consejería competente en materia de sanidad, para su aprobación por los órganos competentes, propuestas para la constitución de consorcios de naturaleza pública u otras fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales, así como la propuesta de creación o participación en cualesquiera otras entidades públicas admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión.

CAPÍTULO III

Órganos del Servicio Extremeño de Salud

Artículo 60. *Órganos del Servicio Extremeño de Salud.*

Son órganos del Servicio Extremeño de Salud, los siguientes:

a) De dirección y gestión:

El Director Gerente.

b) De control y participación en la gestión:

El Consejo General.

c) De coordinación:

El Consejo de Dirección.

d) Los órganos, organismos, servicios y unidades que se determinen estatutariamente.

Artículo 61. *Dirección del Servicio Extremeño de Salud.*

1. El Director Gerente del servicio extremeño de salud es el órgano superior del servicio extremeño de salud, y ostenta la representación legal del organismo, siendo nombrado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, a propuesta del titular de la Consejería competente en materia sanitaria.
2. Al Director Gerente le corresponden las competencias de programación, dirección, gestión, inspección, control y evaluación internas de la organización y actividades de los organismos, instituciones, centros y servicios adscritos funcional u orgánicamente al servicio extremeño de salud.
3. Asumirá, en particular, las atribuciones necesarias para dirigir la administración, gestión y recaudación de los derechos económicos del organismo, la elaboración del anteproyecto de su presupuesto y ejecución del mismo, autorizando la disposición de los gastos y ordenando los pagos y estableciendo los criterios económico-administrativos en su

gestión y creación de centros de gasto. Igualmente, dirigirá y coordinará las estructuras de gestión, de personal, dirigiendo la elaboración de las propuestas de actuación, presupuestos, formalización de acuerdos, convenios, contratos y conciertos que vinculan al Organismo, y dictado de cuantas resoluciones y normas internas sean necesarias para un mejor funcionamiento y organización, todo ello sin perjuicio del ejercicio descentralizado de tales funciones por los órganos de gestión que se determinen.

4. La resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial que pudieran derivarse de las competencias ejercidas por el Servicio Extremeño de Salud corresponderá al Director Gerente.

Artículo 62. *Consejo General.*

1. El Consejo General estará integrado, en la forma que estatutariamente se determine, por los siguientes miembros:

a) El Consejero competente en materia sanitaria, que ostenta la presidencia.

b) Los representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma.

c) Los representantes de las Corporaciones locales.

d) Los representantes de las organizaciones sindicales representativas en los términos establecidos en los artículos 6 y 7 de la Ley Orgánica de libertad sindical entre los trabajadores del Servicio Extremeño de Salud, y de las organizaciones de consumidores y usuarios.

2. En caso de vacante, ausencia o enfermedad de su titular, corresponderá al responsable del órgano competente de la planificación sanitaria de la Comunidad Autónoma asumir la presidencia del Consejo General.

3. Son atribuciones del Consejo General:

a) Establecer los criterios de actuación del servicio extremeño de salud, de acuerdo con las directrices de la Consejería responsable de la materia de sanidad, así como la propuesta de adopción de las medidas necesarias para la mejor prestación de los servicios gestionados por el organismo.

b) Aprobar la Memoria anual de la gestión del Servicio Extremeño de Salud.

c) Cuantas otras se deriven de la normativa vigente.

4. El Consejo funcionará siempre en pleno, y se reunirá con la periodicidad que estatutariamente se establezca, y siempre que lo convoque su Presidente. A las sesiones del Consejo General asistirá el Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, con voz pero sin voto.

La deliberación y su régimen de acuerdos se ajustarán a lo previsto en las disposiciones vigentes sobre funcionamiento de órganos colegiados.

Artículo 63. *Consejo de Dirección.*

El Consejo de Dirección está integrado por el Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, los Gerentes de área y los responsables de los órganos o centros directivos que se determinen.

CAPÍTULO IV

Régimen de funcionamiento y recursos del Servicio Extremeño de Salud

Artículo 64. *Régimen patrimonial.*

1. Integran el patrimonio afecto al Servicio Extremeño de Salud:

a) Los bienes y derechos de toda índole cuya titularidad corresponda al patrimonio de la Comunidad Autónoma 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.

2. El Servicio Extremeño 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 Extremeño 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 la declaración de utilidad pública de los inmuebles en relación a los expedientes de expropiación que pudieran afectarles.

5. La administración y conservación de los bienes adscritos al Servicio Extremeño de Salud corresponde a su Director Gerente, quien, a estos efectos, tendrá atribuida la representación extrajudicial del organismo autónomo.

6. El Servicio Extremeño de Salud dispondrá de una imagen corporativa propia y diferenciada, sin perjuicio de las actuaciones generales en materia de imagen institucional de la Junta de Extremadura.

7. En todo lo no previsto en los apartados anteriores, serán aplicables a los bienes y derechos del servicio extremeño de salud las previsiones contenidas en la legislación sobre el Patrimonio y la Hacienda de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ostentando el órgano superior del organismo autónomo todas las facultades no reservadas por la legislación anteriormente mencionadas al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.

Artículo 65. *Régimen de impugnación de actos.*

1. Contra los actos administrativos de los distintos órganos del servicio extremeño, se podrán interponer los recursos correspondientes en los términos establecidos en la Ley de Gobierno y de la Administración de Extremadura, así como en la legislación de procedimiento administrativo de carácter general.

2. Los actos del Director Gerente agotan la vía administrativa, no siendo susceptible más que de los recursos jurisdiccionales que procedan.

3. La resolución de las reclamaciones previas a la vía jurisdiccional civil y laboral corresponderá al Director Gerente.

Artículo 66. *Asesoría jurídica.*

El asesoramiento jurídico, así como la representación y defensa en juicio del Servicio Extremeño de Salud corresponderá a los Letrados del Gabinete Jurídico de la Junta de Extremadura al servicio del mismo, en los términos establecidos en el artículo 447 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

Artículo 67. *Régimen financiero.*

1. El Servicio Extremeño de Salud se financiará con:

a) Los recursos que le sean asignados con cargo a los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

b) La parte correspondiente, por razón de sus atribuciones, de los recursos que, con carácter finalista, reciba la Comunidad Autónoma de Extremadura de los Presupuestos de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en particular, o de los Generales del Estado.

c) Los productos y rentas de toda índole, procedente 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) Las aportaciones que deban realizar las Corporaciones locales con cargo a sus propios Presupuestos en relación a los centros, servicios o prestaciones que se le adscriban o integren.

h) Los ingresos procedentes de prestaciones de servicio por atención sanitaria.

i) Cualquier otro recurso que le pudiere ser atribuido.

2. El Servicio Extremeño de Salud podrá realizar operaciones financieras con sujeción a las autorizaciones y limitaciones que se establezcan en la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Extremadura, y en la normativa vigente.

Artículo 68. *Régimen presupuestario.*

1. Salvo en lo previsto en esta Ley, la estructura, procedimiento de elaboración, ejecución, liquidación y control del presupuesto del Servicio Extremeño de Salud se regirá por la Ley de la Hacienda y las Leyes de presupuestos de la Comunidad de Extremadura.
2. El presupuesto del Servicio Extremeño de Salud deberá incluirse en los Presupuestos de la Comunidad de Extremadura de forma diferenciada. En los estados de ingresos deberán reflejarse diferenciados, en su caso, los que procedan de la Seguridad Social.
3. Podrá acordarse en la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura un régimen especial de vinculación y modificaciones de los créditos presupuestarios, así como una estructura presupuestaria que permita agilizar y simplificar la administración del Servicio Extremeño de Salud.
4. El presupuesto del Servicio Extremeño de Salud se basará en las previsiones del Plan de Salud de Extremadura y deberá presentarse detallado de acuerdo con las clasificaciones presupuestarias establecidas.
5. El Servicio Extremeño de Salud proporcionará la información que sea necesaria a la Dirección General de Presupuestos de la Consejería de Economía, Industria y Comercio con el fin de que pueda ejercerse un adecuado control de eficacia y eficiencia, y así determinar el grado de cumplimiento de los objetivos programados y el coste de su logro.

Artículo 69. *Tesorería.*

1. El régimen de la tesorería del servicio extremeño de salud, sin perjuicio de la condición de ordenador de pagos que le compete a su Director Gerente, será el general de la Comunidad Autónoma.
2. La tesorería del Servicio Extremeño de Salud centralizará los recursos del organismo autónomo, constituyéndose en caja única del mismo.

Artículo 70. *Intervención.*

1. La Intervención General de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura ejercerá sus funciones en el ámbito del Servicio Extremeño de Salud, bien directamente o a través de alguno de los órganos que, a tal efecto, existen o puedan crearse.
2. El titular de la Consejería competente en materia de Hacienda, a propuesta de la intervención general, podrá acordar que la función interventora de los centros de gasto del Servicio Extremeño de Salud sea sustituida por el control financiero de carácter permanente.

Artículo 71. *Contabilidad.*

1. El Servicio Extremeño de Salud estará sometido al régimen de contabilidad pública en los términos que se disponen en la Ley 3/1985, de 19 de abril, General de Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
2. Será competencia de la Intervención General de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura la propuesta de aprobación, en su caso, del Plan de Contabilidad Pública de la Gerencia y del Sistema Sanitario Público de Extremadura, elaborado siempre conforme a las disposiciones, criterios y estructura del Plan General de Contabilidad Pública de la Administración de la Comunidad de Extremadura.
3. En la elaboración del Plan de Contabilidad Pública se prestará especial atención a la contabilidad analítica en la medida en que, cumplimentando la información de la contabilidad general, pueda contribuirse al establecimiento de indicadores que faciliten el Sistema Integral de Gestión para la implantación de la Dirección por objetivos y el control de resultados establecido para los centros, establecimientos y servicios sanitarios.
4. Todos los centros y servicios sanitarios integrados o adscritos al Servicio Extremeño de Salud de Extremadura deberán ajustarse a los criterios y disposiciones que, en materia de contabilidad, se establezcan reglamentariamente.

Artículo 72. *Régimen de contratación administrativa.*

La contratación del Servicio Extremeño de Salud se regirá por las normas generales de contratación de las Administraciones Públicas, ostentando el Director Gerente la condición de órgano de contratación, con las limitaciones que se establezcan en la Leyes de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.

Artículo 73. *Régimen de personal.*

1. El personal del Servicio Extremeño 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. La clasificación y el régimen jurídico del personal del Servicio Extremeño de Salud deberá regirse por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo, hasta que se dicten las normas que regulen la homologación de dicho personal.
3. Hasta tanto se promulgue el Estatuto Marco contemplado en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad, la Comunidad Autónoma de Extremadura podrá regular mediante ley el régimen jurídico del personal que preste sus servicios en el Servicio Extremeño de Salud.
4. Corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura establecer la política global del personal del Servicio Extremeño de Salud, así como ejercer la superior dirección y coordinación del mismo.
5. El Servicio Extremeño de Salud ejercerá, en relación con el personal adscrito al mismo, todas las competencias que, en materia de personal, la legislación sobre Función Pública de Extremadura atribuye a los órganos superiores de la función pública extremeña, con excepción de la oferta de empleo público y cualquier otra que pudiera derivarse de lo dispuesto en el párrafo precedente, o se estableciera anualmente en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

CAPÍTULO V

Colaboración con el Servicio Extremeño de Salud

Artículos 71 a 78.

(Derogados).

Disposición adicional primera.

Una vez producido el traspaso relativo a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma, los bienes, servicios y personal dependiente del Instituto Nacional de la Salud necesarios para el ejercicio de la competencia transferida, se adscribirán orgánica y funcionalmente al Servicio Extremeño de Salud.
El personal del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Seguridad Social se adscribirá a la Consejería competente en materia sanitaria, para lo que se creará la unidad que reglamentariamente se determine.

Disposición adicional segunda.

De conformidad con lo establecido en los artículos 3.b) y 11 de la presente Ley, una vez efectuado el traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma, la Junta de Extremadura establecerá los mecanismos necesarios para la universalización de la asistencia pública a toda la población de Extremadura en el plazo máximo de doce meses. En cualquier caso, se garantizará el disfrute del uso de la

tarjeta sanitaria como instrumento de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional tercera.

En el plazo de un año desde la aprobación de la presente Ley, se constituirá el Consejo Extremeño de Salud.

Disposición adicional cuarta.

En la medida que técnicamente sea posible, se unificará la información clínica individualizada para el conjunto del sistema sanitario. Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios tendrán claramente delimitadas las personas físicas o jurídicas responsables de la gestión y custodia de la documentación sanitaria.

Disposición adicional quinta.

El personal contratado al amparo de lo dispuesto por el Real Decreto 1.382/85, de 1 de agosto, regulador del Régimen Laboral Especial de Alta Dirección, para la provisión de los órganos de dirección del Servicio Extremeño de Salud que se determinen, y que ostenten la condición de funcionarios de carrera o personal laboral fijo de la Junta de Extremadura, pasarán a la situación de servicios especiales o excedencia forzosa, respectivamente.

Disposición adicional sexta.

Se modifica la disposición transitoria cuarta de la Ley 3/1996, de 25 de junio, de Atención Farmacéutica de la Junta de Extremadura, que quedará redactada de la siguiente forma:

> «Lo dispuesto en el artículo 6, apartado 2.º, en relación con el cumplimiento de la edad establecida, no será de aplicación a quienes ya fueran titulares de oficinas de farmacia otorgadas al amparo de la normativa estatal anterior, debiendo contratar farmacéuticos adjuntos cuando alcancen la edad de setenta años.
>
> No obstante, caducará la autorización por cumplimiento de la edad establecida cuando se trate de titulares de oficinas de farmacia abiertas al amparo de la normativa estatal anterior, pero que hubieran adquirido la misma haciendo uso de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta Ley.»

Disposición transitoria primera.

1. La Junta de Extremadura deberá organizar y poner en funcionamiento el Servicio Extremeño de Salud con la necesaria antelación a que se produzcan las transferencias sanitarias del INSALUD a la Comunidad Autónoma de Extremadura.

2. Mientras no se promulgue la legislación específica prevista en la presente Ley, todo el personal que se adscriba al Servicio Extremeño de Salud seguirá rigiéndose por la legislación que le sea aplicable en cada momento.

3. El personal adscrito al Servicio Extremeño de Salud mantendrá el régimen retributivo específico que tenga reconocido en el momento de la efectiva adscripción al servicio hasta su regulación por parte del órgano competente, que se realizará bajo el principio de homogeneidad.

Disposición transitoria segunda.

La Junta de Extremadura deberá adoptar las medidas pertinentes para la integración en el servicio extremeño de salud de todo el personal de la Junta de Extremadura que realice funciones de atención sanitaria.

Disposición transitoria tercera.

En el plazo de dos años a contar desde la entrada en vigor de la presente Ley, la Junta de Extremadura y las Corporaciones locales, que actualmente disponen de servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, podrán suscribir los pertinentes convenios para la integración o adscripción de dichos servicios y

establecimientos en el servicio extremeño de salud, a través del área de salud 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, podrán preservar el mantenimiento de su titularidad para la Corporación.

Disposición transitoria cuarta.

1. Las actuales estructuras de gestión del INSALUD en Extremadura continuarán existiendo hasta su progresiva sustitución por la estructura de gestión prevista en esta Ley para el Servicio Extremeño de Salud.

2. El nombramiento y cese del personal que ocupe puestos de dirección en las actuales estructuras de gestión del INSALUD en Extremadura, será competencia del Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan lo establecido en la presente Ley.

Disposición final primera.

Se faculta a la Junta de Extremadura a dictar las normas de carácter reglamentario para desarrollar y aplicar la presente Ley.

Disposición final segunda.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el «Diario Oficial de Extremadura».

§ 21

Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura

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

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

I

El concepto actual de salud pública definido en esta ley es resultado de la evolución histórica de la sanidad en nuestro país, que se ha ido desarrollando y modificando para dotar a la comunidad del máximo nivel de salud.

En España la salud pública tiene sus orígenes en 1855, con la promulgación de la primera Ley sobre el Servicio General de Sanidad, que asienta las competencias que en materia de salud pública debían desarrollar las profesiones sanitarias reconocidas mediante el Reglamento para las subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, de 24 de julio de 1984: medicina, veterinaria y farmacia. Posteriormente mediante la Instrucción General de Sanidad, aprobada por el Real Decreto de 12 de enero de 1904, se concreta dentro del ámbito jurídico la figura de los inspectores de sanidad, de las diferentes profesiones, en sus tres niveles territoriales: general, provincial y municipal.

Posteriormente, para la ordenación de los diferentes ámbitos territoriales de la sanidad, se promulgaron el Real Decreto-Ley de 9 de febrero de 1925, Reglamento de Sanidad Municipal, y el Real Decreto-Ley de 20 de octubre de 1925, Reglamento de Sanidad Provincial. Mediante el primero se creó el Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad y mediante el segundo los Institutos Provinciales de Higiene.

El 14 de diciembre de 1942 se promulgó la Ley sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad que junto con la Ley de Bases de Sanidad Nacional del 25 de noviembre de 1944 contribuyeron a la progresiva creación del sistema asistencial en España, desplazándose el protagonismo sanitario hacia un modelo curativo e individual basado en la atención médica al ciudadano enfermo.

La Constitución Española de 1978 traza las grandes líneas de la atención sanitaria española. En su artículo 43 reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la

salud, y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud está contenida en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual establece entre sus principios generales que los medios y las actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. También establece las bases para la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y, además, reconoce el protagonismo y la suficiencia de las Comunidades Autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria.

En la misma época se promulga la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, mediante la que se faculta a las distintas Administraciones Públicas, dentro de sus competencias, a adoptar medidas de intervención sanitaria excepcionales cuando así lo exijan razones de urgencia o necesidad.

Esta evolución normativa se completa con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que en su artículo 11 establece las prestaciones de salud pública, y 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, que desarrolla normativamente la ley anterior y específicamente establece en su Anexo I la cartera de servicios comunes de salud pública.

Por último, dentro de este marco legal global, deben considerarse también la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto a aquellos aspectos de salud laboral que competen al Sistema Sanitario Público, la Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre protección civil y la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, el Estatuto de Autonomía de Extremadura le confiere competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene, de coordinación hospitalaria en general, así como en asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca.

En ejercicio de estas competencias y en el marco definido por la legislación básica estatal, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura establece el ámbito normativo de la política de la Comunidad Autónoma en materia de sanidad, cuya finalidad es la atención sanitaria al ciudadano. Para ello, establece un nuevo marco de ordenación específico para la sanidad pública extremeña, flexible, generador de innovaciones, motivador para todos los trabajadores de la salud y adaptable a los constantes cambios que demanda la sociedad extremeña.

Finalmente, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, también deben tenerse en cuenta la Orden de 17 de marzo de 2004 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud, el Decreto 189/2004, de 14 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma, el Decreto 66/2010, de 12 de marzo, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Dependencia, el Decreto 221/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud y el Decreto 252/2008, de 12 de diciembre, por el que se atribuyen competencias sancionadoras en materia de salud pública en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

II

La presente Ley de Salud Pública de Extremadura establece el ámbito normativo de la política de la Comunidad Autónoma en materia de Salud Pública, partiendo de un concepto de salud pública que, aunque componente del sistema sanitario, impregna de forma transversal todas las políticas de las Administraciones Públicas implicadas. Por tanto, la ley establece un marco que propicia la coordinación y cooperación de los distintos organismos y Administraciones Públicas con competencias en esta materia en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

El articulado de la ley se ha estructurado en siete títulos, concluyendo con las disposiciones adicionales, transitorias, derogatoria y finales que contribuyen a completar el marco general establecido en la misma.

El Título Preliminar establece el objeto de la ley, su ámbito de aplicación y los principios rectores que la inspiran, destacando la intersectorialidad, la integralidad, la equidad, la disminución de las desigualdades en salud, la participación comunitaria y la descentralización de la gestión.

Asimismo se definen una serie de conceptos necesarios para hacer comprensible la ley, como son el nuevo concepto de salud pública, el de profesionales de salud pública, el de autoridad sanitaria y agentes de la autoridad en salud pública, y se enumeran las actividades básicas en materia de salud pública.

III

El Título I de la ley establece las competencias que, en materia de salud pública, corresponden a las distintas Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Dentro del ámbito de la Administración Autonómica se exponen las competencias del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, de la Consejería competente en materia de sanidad y del Servicio Extremeño de Salud.

Dentro del ámbito de la Administración Local se establecen las competencias de los Ayuntamientos.

También se ocupa este Título, de la información en materia de salud pública, estableciendo como obligaciones de los distintos centros, establecimientos del sector público y privado, de los profesionales sanitarios así como de las personas físicas o jurídicas la de facilitar a la autoridad sanitaria la información que ésta considere conveniente para el cumplimiento de sus funciones.

IV

El Título II desarrolla en tres capítulos las actividades de Vigilancia en Salud Pública.

En el Capítulo I se hace referencia a los Sistemas de Información en Salud Pública, estableciendo su definición, sus objetivos y la competencia para su gestión. En este Sistema adquieren gran importancia las obligaciones de los centros, establecimientos, servicios y profesionales sanitarios, así como las responsabilidades de las distintas Administraciones Públicas con respecto a este sistema de información.

El Capítulo II desarrolla la Red de Vigilancia Epidemiológica, estableciendo sus funciones y recursos, haciendo especial mención a la declaración obligatoria de situaciones de potencial impacto en Salud Pública.

El Capítulo III establece el Sistema de Respuesta a las Alertas y Emergencias en Salud Pública, describiendo las situaciones que son consideradas como alerta o emergencia en salud pública y el procedimiento general para su gestión.

V

El Título III aborda la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, de los problemas de salud y de las deficiencias, dedicando su Capítulo I a la promoción de la salud, definiéndola y estableciendo las herramientas básicas para su desarrollo, haciendo especial referencia a la necesidad de formación de los profesionales que intervengan en la misma.

El Capítulo II hace referencia a la Educación para la Salud como herramienta fundamental de la Promoción de la Salud, estableciendo la necesidad y la obligatoriedad de que estas actividades se realicen en la Comunidad Autónoma bajo las directrices de un plan estratégico en Educación para la Salud.

El Capítulo III bajo la rúbrica de la Prevención de las enfermedades, de las deficiencias y de los problemas de salud define su concepto y determina cómo se afrontarán las actividades preventivas de abordaje individual y poblacional.

VI

El Título IV expone en cuatro capítulos la Protección de la Salud, incluyendo como partes de la misma a la Salud Alimentaria, la Salud Ambiental, la Salud Laboral y la Seguridad del Paciente.

El Capítulo I hace referencia a la Salud Alimentaria, exponiendo un concepto actualizado de la misma en el que cobran especial importancia la responsabilidad y las obligaciones de los operadores económicos. Además establece el marco necesario para la coordinación de todas las actuaciones que se desarrollen en esta materia en la Comunidad Autónoma, mediante el Plan Marco de Salud Alimentaria y la Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria.

En el Capítulo II se establece el concepto de Salud Ambiental en relación con las agresiones físicas, químicas o biológicas a las que están expuestas las personas. En este capítulo también se articula la manera de llevar a cabo coordinadamente las actuaciones y estrategias necesarias para la protección de la salud humana respecto a estos riesgos mediante el Plan Marco de Salud Ambiental y la Comisión de Salud Ambiental.

El Capítulo III establece la obligación de elaborar un plan estratégico en Salud Laboral con el objetivo de coordinar todas las actuaciones en esta materia en la Comunidad Autónoma.

En el Capítulo IV se incluye un aspecto novedoso dentro de la Protección de la Salud que es la Seguridad del Paciente, cuyo fin es minimizar los riesgos que la propia atención sanitaria de la población tiene para los pacientes. Este concepto va íntimamente ligado al concepto de calidad, entendiéndose a día de hoy la seguridad de los pacientes como un elemento fundamental dentro de la calidad de la atención sanitaria. Pero además, la tendencia es que impregne como cultura todos los aspectos de la atención a la salud de la población. Es por ello que, en un abordaje moderno de la Salud Pública, deban incorporarse estrategias de seguridad de pacientes a este ámbito de atención a la salud, pero además que esta voluntad política quede reflejada en un texto normativo de máximo rango como lo es una Ley de Salud Pública.

VII

El Título V hace referencia a la participación comunitaria en salud, como elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario en su conjunto, estableciendo su concepto, finalidad y funciones en el Capítulo I.

En el Capítulo II, la ley promueve la creación o establecimiento de órganos de participación ciudadana promotores de la salud con la finalidad de fomentar las actividades colectivas de salud en la comunidad y facilitar un abordaje integrado de los problemas, necesidades y respuestas relacionadas con la salud que afecten al núcleo urbano.

VIII

En el Título VI se exponen los recursos y procedimientos en salud pública entendidos como las herramientas de las que se dispone en materia de salud pública para salvaguardar y preservar la misma. Así el Capítulo I expone la Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Extremadura dentro del marco legislativo vigente. La Cartera de Servicios de Salud Pública es el instrumento mediante el cual se hacen efectivas las prestaciones de salud pública de la población extremeña, siendo la forma de hacer realidad el compromiso de los poderes públicos con la sociedad.

También la ley justifica, en el Capítulo II de este título, los laboratorios de salud pública, estableciendo sus competencias, su funcionamiento y las prestaciones mínimas que tienen que proporcionar.

El Capítulo III regula la intervención administrativa que sobre las actividades públicas y privadas pueden realizar las autoridades, así como las medidas especiales y provisionales en salud pública que podrá adoptar la autoridad sanitaria para proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

El Capítulo IV hace referencia a las actividades de supervisión, vigilancia y control que la autoridad sanitaria puede llevar a cabo sobre los centros, establecimientos, productos y servicios para prevenir, eliminar o reducir los riesgos para la salud de las personas.

IX

El Título VII de la ley regula el régimen sancionador, dedicando los Capítulos I y II, respectivamente, a la tipificación de las infracciones en materia de salud pública y al establecimiento de las sanciones correspondientes, así como la prescripción de las mismas y caducidad de la acción.

El Capítulo III regula las competencias sancionadoras de las distintas Administraciones Públicas implicadas en materia de salud pública.

X

Dentro de las disposiciones adicionales se contempla la posibilidad de que la Junta de Extremadura pueda delegar o transferir a las Corporaciones Locales el ejercicio de las funciones propias en materia de salud pública de conformidad con la normativa vigente.

Finalmente, se aborda mediante una disposición final, la modificación de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura con el objetivo de contemplar la creación del Consejo Regional de Pacientes de Extremadura, órgano específico y singular de participación de las asociaciones de pacientes extremeñas, de carácter consultivo, de participación comunitaria y de coordinación en relación con las actividades que desarrollan las asociaciones de pacientes en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Este órgano de participación, lejos de competir con los ya establecidos, vendrá a llenar un espacio que enriquece el funcionamiento democrático del Sistema Sanitario Público de Extremadura. En definitiva, constituye un marco de encuentro para el diálogo, la intercomunicación, la coordinación, el consenso y el asesoramiento de las instituciones o asociaciones de pacientes y familiares de pacientes con ámbito de actuación en la Comunidad en el Sistema Sanitario Público.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la ley.*

La presente ley tiene por objeto regular las actuaciones, prestaciones y servicios en materia de salud pública que se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Extremadura, propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y Administraciones Públicas en sus respectivos ámbitos competenciales.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

Las disposiciones de esta ley son de aplicación a:

a) Los extremeños y residentes en cualquiera de los municipios de Extremadura. A los no residentes les será de aplicación en los términos y condiciones previstas en la legislación estatal y en los Convenios Nacionales e Internacionales que resulten aplicables.

b) Las Administraciones Públicas con competencias en materia de salud pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura y a los profesionales que desarrollen su labor en las mismas, con independencia del régimen jurídico que les resulte de aplicación.

c) Las entidades, organismos o empresas, tanto públicas como privadas, que realicen cualquier actuación que incida directa o indirectamente en la salud pública.

Artículo 3. *Definiciones.*

A los efectos de esta ley se entiende por:

a) Salud Pública: conjunto organizado de las actuaciones de los poderes públicos y de la sociedad en general, que tiene como finalidad fomentar, proteger y promover la salud de las

personas, en la esfera individual y colectiva, prevenir la enfermedad y asegurar la vigilancia de la salud mediante la movilización de los recursos humanos y materiales necesarios.

b) Autoridad Sanitaria en Salud Pública: órgano de la Administración Pública que en el ejercicio de su responsabilidad y de acuerdo con las competencias que en cada caso tenga atribuidas, dicta disposiciones y adopta medidas, incluso de carácter coercitivo, con la finalidad de proteger la salud de la población.

A los efectos de la presente ley tienen el carácter de autoridad sanitaria en salud pública el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura y el titular de la Consejería competente en materia de sanidad, el titular de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud, el titular de la Dirección General con competencias en materia de salud pública, los titulares de las Gerencias de Área y de las Direcciones de Salud y los órganos que reglamentariamente se determinen. Asimismo, tienen consideración de autoridad sanitaria los Alcaldes en sus respectivos municipios, de acuerdo con lo previsto en la legislación de Régimen local.

c) Agentes de la autoridad: personal sanitario de las Administraciones Públicas con competencias en materia de salud pública en el estricto ejercicio de las funciones inspectoras y de control que tengan atribuidas por la normativa vigente.

d) Agentes de salud comunitaria: particulares integrantes de la comunidad, que en consideración a sus intereses, inquietudes o la actividad desarrollada en el ámbito social, realizan tareas de promoción de la salud en la comunidad, de manera voluntaria, no remunerada y sin ningún tipo de vinculación laboral.

e) Promoción de la salud: conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a fomentar la salud individual y colectiva y a impulsar la adopción de estilos de vida saludables mediante las intervenciones adecuadas en materia de información, comunicación y educación sanitarias.

f) Protección de la salud: conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a preservar la salud de la población ante los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio y en sus vectores.

g) Prevención de la enfermedad, de los problemas de salud y de las deficiencias: conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a reducir y eliminar la aparición de determinadas enfermedades, problemas de salud y deficiencias en la población y, en su caso, atenuar sus consecuencias mediante acciones individuales y colectivas.

h) Riesgo: probabilidad de un efecto nocivo para la salud y de la gravedad de este efecto como consecuencia de un factor de peligro.

i) Alerta en salud pública: toda situación derivada de un riesgo inminente para la salud de la población y/o de trascendencia social frente a la cual es necesario el desarrollo de actuaciones de salud pública urgentes y eficaces mediante la adopción de medidas de control y prevención.

j) Emergencia en salud pública: toda situación derivada de un riesgo inmediato para la salud de la población y/o de trascendencia social frente a la cual es necesario el desarrollo de actuaciones inmediatas y eficaces de salud pública para evitar o minimizar su graves daños en la salud de la población.

k) Respuesta en salud pública: la capacidad de estudio, intervención, seguimiento y coordinación frente a un evento de potencial riesgo para la salud de la población.

l) Operador empresa alimentaria: persona física o jurídica que explota una empresa alimentaria y es responsable de asegurar el cumplimiento de los requisitos de la legislación alimentaria en la empresa bajo su control.

Artículo 4. *Principios rectores.*

La presente ley se inspira en los siguientes principios:

a) La garantía por los poderes públicos de las prestaciones de salud pública como un derecho individual y colectivo.

b) La concepción integral, integrada e intersectorial de la salud pública.

c) La racionalización, eficiencia y efectividad en la organización, el fomento y la mejora de la calidad de las actuaciones, prestaciones y servicios de salud pública.

d) La equidad, la atención a la diversidad y superación de las desigualdades territoriales, sociales, culturales y de género en salud.

e) La participación comunitaria en el ámbito de la salud pública.
f) La descentralización de la gestión de la salud pública de acuerdo con el modelo del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
g) La coordinación y cooperación interdepartamentales e interadministrativas en la ejecución de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de salud pública.
h) El fomento de la formación de los profesionales sanitarios y de la investigación en el ámbito de la salud pública.

Artículo 5. *Actividades básicas de la salud pública.*

Las actividades básicas en salud pública son:

a) La vigilancia y seguimiento del estado de salud de la población.
b) El diagnóstico y la investigación de los problemas y riesgos en salud.
c) La información y educación para la salud de la población.
d) El fomento de la participación comunitaria en salud.
e) El desarrollo de planes y políticas de apoyo a esfuerzos individuales y colectivos.
f) La garantía de la competencia profesional.
g) La evaluación de la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios.
h) La investigación de nuevos aspectos y soluciones a los problemas.
i) El control del cumplimiento de la normativa vigente en materia de salud pública.

Artículo 6. *Derechos.*

Se garantizan a los ciudadanos a los que resulta de aplicación la presente ley los siguientes derechos:

a) Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud pública.
b) Derecho a conocer los factores de riesgo para la salud individual y colectiva.
c) Derecho a la promoción de la salud.
d) Derecho a las acciones preventivas de salud pública.
e) Derecho a la participación en asuntos de salud pública.
f) Derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad a actuaciones o programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales.

Artículo 7. *Obligaciones.*

Los ciudadanos, incluidos en el ámbito de aplicación de la presente ley, están sujetos al cumplimiento de las siguientes obligaciones en materia de salud pública:

a) Respetar y cumplir las medidas adoptadas por las Administraciones Públicas competentes en materia de salud pública dirigidas a la prevención de riesgos y a la protección de la salud pública.
b) Responsabilizarse del uso adecuado de la información suministrada por las Administraciones Públicas competentes en materia de salud pública.
c) Poner en conocimiento de las Administraciones Públicas competentes en materia de salud pública cualquier hecho o situación que pueda dar lugar a una emergencia o alerta en salud pública.
d) Cooperar con las Administraciones Públicas competentes en materia de salud pública en la prevención de riesgos y en la protección y promoción de la salud pública.

TÍTULO I

De las competencias de las Administraciones Públicas en materia de salud pública

Artículo 8. *Atribuciones de las Administraciones Públicas.*

Corresponden a las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de Extremadura en el ámbito de sus competencias:

a) Garantizar el derecho a la salud pública de los ciudadanos en los términos previstos en la presente ley.

b) Realizar las actividades de salud pública contempladas en la presente ley.

c) Adoptar cuantas medidas sean necesarias para evitar los riesgos sobre la salud y preservar la misma.

Artículo 9. *De las competencias del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.*

1. La Junta de Extremadura ejercerá las competencias que tiene atribuidas la Comunidad Autónoma de Extremadura en materia de salud pública de acuerdo con lo previsto en el Estatuto de Autonomía.

2. Las competencias del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura en materia de salud pública son:

a) Establecer las directrices generales de las políticas de salud pública de la Comunidad Autónoma.

b) Aprobar los Planes que en materia de salud pública se elaboren en la Comunidad Autónoma.

c) Aplicar las medidas especiales de intervención administrativa en salud pública en su ámbito competencial.

d) Todas aquellas que le sean atribuidas por las disposiciones vigentes.

Artículo 10. *De las competencias de la Consejería competente en materia de sanidad.*

Corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad en el marco de las directrices y políticas establecidas por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura las siguientes competencias:

a) Establecer los principios y criterios generales que han de informar la política y la planificación en materia de salud pública.

b) Coordinar las actuaciones que en materia de salud pública se realicen en el ámbito de la Comunidad Autónoma por las distintas Administraciones Públicas u organismos con competencias en esta materia, sin perjuicio de la facultad de coordinación general en materia de salud pública de la Administración General del Estado.

c) Impulsar y coordinar la colaboración con el Estado, las Comunidades Autónomas y con los países de la Unión Europea, especialmente con Portugal a través de la cooperación transfronteriza en el marco de las competencias propias en materia de salud pública, sin perjuicio de la facultad de coordinación general en materia de salud pública de la Administración General del Estado.

d) Evaluar las actividades de salud pública del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

e) Aprobar, coordinar y fomentar programas de formación en el ámbito de la salud pública, como una parte del desarrollo profesional en Salud Pública y como una inversión estratégica. Los profesionales que actúen en el ámbito de la Salud Pública habrán de mantenerse actualizados a través de la Formación Continuada.

f) Aprobar, coordinar y fomentar programas de investigación en el ámbito de la salud pública, siendo prioritarios los relacionados con los determinantes en salud de forma especial con las desigualdades en salud. Se promoverá especialmente programas de investigación de resultados de impacto en la salud de la población de las intervenciones en salud pública, además de las prioridades contempladas en el Plan de Salud de Extremadura

g) Elevar al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura la propuesta de aprobación de los Planes en materia de salud pública de la Comunidad Autónoma.

h) Todas aquellas que le sean atribuidas por las disposiciones vigentes.

Artículo 11. *De las competencias del Servicio Extremeño de Salud.*

1. Corresponden al Servicio Extremeño de Salud las siguientes competencias:

a) Promover la realización de actuaciones en materia de salud pública en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

b) Elaborar, coordinar y ejecutar los planes, programas, cartera de servicios y procesos relativos a la salud pública, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros organismos.

c) Proponer la ordenación y regulación en materia de salud pública así como garantizar su cumplimiento.

d) Inspeccionar y controlar sanitariamente los establecimientos y servicios públicos.

e) Todas aquellas que le sean atribuidas por las disposiciones vigentes.

2. Asimismo, corresponden al Servicio Extremeño de Salud todas aquellas competencias en materia de salud pública no atribuidas expresamente a otros órganos.

Artículo 12. *Competencias de las Corporaciones Locales.*

1. En materia de salud pública corresponde a los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, la prestación de los servicios mínimos obligatorios establecidos en la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, así como los previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

2. Los Ayuntamientos, en el ejercicio de sus competencias en materia de salud pública, podrán adoptar cualquiera de las medidas de intervención administrativa contempladas en el Título VII de la presente ley.

Artículo 13. *De las obligaciones de información en materia de salud pública.*

1. La Consejería competente en materia de sanidad, en el ejercicio de sus competencias de coordinación en materia de salud pública, podrá solicitar cuanta información y colaboración sea precisa para el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

2. A tales efectos, los centros, servicios y establecimientos del sector público y privado, las administraciones y autoridades públicas, los profesionales sanitarios y las personas físicas o jurídicas están obligados a facilitar a la autoridad sanitaria la información que estime necesaria en el ejercicio de sus funciones.

3. La autoridad sanitaria y sus agentes podrán solicitar el apoyo, el auxilio y la colaboración de cualquier otro funcionario, inspector o autoridad, así como de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente.

TÍTULO II

De la vigilancia en salud pública

CAPÍTULO I

Sistema de Información en Salud Pública

Artículo 14. *Sistema de Información en Salud Pública.*

El Sistema de Información en Salud Pública, integrado en el Servicio Extremeño de Salud, es la estructura organizada de elementos que interactúan entre sí para la recogida, el proceso, el análisis y la trasmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios en materia de Salud Pública.

Artículo 15. *Objetivos del Sistema de Información en Salud Pública.*

A través del Sistema de Información en Salud Pública se obtendrán los datos necesarios para:

a) Identificar los problemas de salud que afectan a la población, así como sus riesgos y el análisis de los determinantes de la salud o sus efectos para valorar las necesidades de salud en la Comunidad Autónoma.

b) Realizar el análisis epidemiológico continuo del estado de salud, morbilidad y mortalidad de la población, detectando los cambios que puedan producirse en su tendencia, distribución y causas.

c) Realizar el análisis y la evaluación de las condiciones sanitarias de higiene y seguridad relativas a los alimentos, medioambiente y ámbito laboral.

d) Establecer un mecanismo eficaz de detección, alerta precoz y respuesta rápida frente a los riesgos potenciales para la salud.

e) Establecer y mantener los sistemas de información en salud laboral, sin perjuicio de las competencias que en materia de salud laboral corresponden a los órganos de la Administración competentes en materia de trabajo, seguridad y salud laboral y prevención de riesgos laborales.

f) Promover, establecer y mantener registros de problemas de salud de especial interés en salud pública.

g) Establecer registros de actividades, de centros, de establecimientos y de servicios que potencialmente puedan generar riesgos para la salud, de acuerdo con la normativa que se establezca.

h) Aportar la información necesaria para facilitar la planificación, gestión, evaluación e investigación sanitaria y servir de base para la elaboración de las estadísticas de interés de la Junta de Extremadura.

i) Establecer mecanismos para informar y consultar a las organizaciones de los pacientes, los profesionales sanitarios y otros agentes interesados en las cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario.

j) Promover, establecer y mantener registros de actividades de protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de los problemas de salud y de las deficiencias en la Comunidad Autónoma.

Artículo 16. *Comunicación y tratamiento de la información.*

1. Las Administraciones Públicas y los organismos competentes en materia de salud pública así como todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y los profesionales sanitarios, estarán obligados a participar, en el ámbito de sus competencias, en el Sistema de información en salud pública mediante la comunicación de los datos elaborados o recogidos en el desempeño de sus funciones.

2. Los datos de carácter personal recogidos y elaborados en el ejercicio de las competencias en materia de salud pública serán comunicados al Sistema de Información de Salud Pública de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 17. *Seguridad y confidencialidad de la información.*

1. En todos los niveles del Sistema de Información de Salud Pública se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo.

2. Todas las personas que en el ejercicio de sus competencias, funciones o actividades, tengan acceso a datos de carácter personal están obligados a guardar secreto profesional.

3. Los titulares de datos de carácter personal tratados en virtud de lo dispuesto en la presente ley ejercerán sus derechos de acuerdo con lo dispuesto en la normativa indicada en materia de protección de datos de carácter personal.

CAPÍTULO II

De la Red de Vigilancia Epidemiológica

Artículo 18. *Red de Vigilancia Epidemiológica en Extremadura.*

1. La Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura tiene como objetivo la detección, identificación y control de los acontecimientos que supongan una pérdida, o un riesgo potencial de pérdida, del estado de salud de la población, tanto por su impacto como por su capacidad de difusión, con independencia de su etiología.

2. Todos los recursos de la Red Sanitaria de la Comunidad Autónoma tanto pública como privada deberán colaborar con la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura bajo la coordinación del Servicio Extremeño de Salud.

Artículo 19. *Funciones.*

A los efectos de la presente ley, son funciones de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura las siguientes:

a) Vigilar las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y sus determinantes.
b) Analizar los principales problemas de salud y sus determinantes, así como los relacionados con los estilos de vida.
c) Vigilar sistemáticamente los efectos sobre la salud de los riesgos ambientales y derivados del trabajo sin perjuicio de las competencias que en materia de salud laboral corresponden a los órganos de la Administración competentes en materia de trabajo, seguridad y salud laboral y prevención de riesgos laborales.
d) Detectar e investigar los acontecimientos que supongan o puedan suponer una perdida de la salud de la población, en función de su magnitud, riesgo para la población y niveles de intervención.
e) Proponer las medidas de control necesarias para evitar o minimizar el impacto en la salud de la población de los problemas, enfermedades, riesgos y acontecimientos indicados.
f) Evaluar el impacto de los programas de salud y proponer medidas para su mejora.
g) Aportar información necesaria para la adecuada planificación en materia de salud pública.
h) Difundir la información necesaria a los órganos competentes en materia de salud para el adecuado ejercicio de sus funciones.
i) Servir de base para la elaboración de estadísticas.

Artículo 20. *Declaración obligatoria de situaciones de potencial impacto en salud pública.*

Los profesionales sanitarios en el ejercicio de su profesión tienen la obligación de declarar aquellas situaciones de potencial impacto para la salud pública, de conformidad con la normativa estatal y autonómica vigente en esta materia.

CAPÍTULO III

Del Sistema de Respuesta a las Alertas y Emergencias en Salud Pública

Artículo 21. *Sistema de Respuesta a las Alertas y Emergencias.*

1. El Sistema de Respuesta a las Alertas y Emergencias en Salud Pública estará integrado por el conjunto organizado de recursos, medios y de actuaciones necesarias para atender las situaciones de alerta y emergencia que puedan plantearse en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura o ante alertas o emergencias de índole nacional o internacional.
2. El Sistema de Respuesta a las Alertas y Emergencias en Salud Pública garantizará la actuación inmediata y eficaz para prevenir, controlar, evitar, remediar o minimizar los daños a la salud del conjunto de la población como consecuencia de evento de potencial riesgo para la salud pública.
3. La declaración de alertas y emergencias en Salud Pública y sus incidencias diarias se realizará de forma obligatoria y urgente, en un plazo máximo de 24 horas, de conformidad con las directrices adoptadas por la autoridad sanitaria competente.
4. La coordinación, gestión e intervención del Sistema de Repuesta a las Alertas y Emergencias en Salud Pública será objeto de desarrollo reglamentario.

Artículo 22. *Situaciones de Alerta y Emergencia en Salud Pública.*

A los efectos de esa ley se consideran como alertas y emergencias en salud pública los siguientes hechos:

a) Brote o situación epidémica.

b) Sucesos, naturales o intencionados, que representen de forma inmediata o diferida en el tiempo un riesgo para la salud pública, como consecuencia de la aparición de casos relacionados con los mismos.

c) Aquellas que se determinen expresamente en la normativa estatal y en el Reglamento Sanitario Internacional.

d) Cualquier otra que se determine expresamente

Artículo 23. *Alertas y Emergencias en Salud Pública de ámbito nacional o internacional.*

El Sistema de Respuesta a las Alertas y Emergencias en Salud Pública realizará las actuaciones necesarias que se deriven de las alertas y emergencias de salud pública de interés nacional y de las previstas en el Reglamento Sanitario Internacional en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma.

TÍTULO III

De la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y de las deficiencias de los problemas de salud

CAPÍTULO I

Promoción de la salud

Artículo 24. *Promoción de la salud.*

1. Las Administraciones Públicas prestarán especial atención a la promoción de la salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura mediante la realización de las acciones destinadas a fomentar el desarrollo físico, psíquico y social del conjunto de la población.

2. Asimismo, las Administraciones Públicas propiciarán y potenciarán la participación de la población para la promoción de la salud individual y colectiva mediante el impulso y promoción de políticas de salud intersectoriales y la formación de grado, postgrado y continuada de los profesionales que desarrollan acciones de promoción de la salud.

Artículo 25. *Herramientas para la promoción de la salud.*

Son herramientas básicas para la promoción de la salud:

a) La educación para la salud.
b) La información y comunicación.
c) La coordinación.
d) La acción social.
e) La reorientación de los servicios.

Artículo 26. *Registros.*

Las Administraciones Públicas podrán crear registros específicos para la inscripción de las instituciones privadas y de voluntariado que realicen actividades de promoción de la salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

CAPÍTULO II

De la educación para la salud

Artículo 27. *Educación para la salud.*

1. La educación para la salud es una herramienta básica para la promoción de la salud dirigida a mantener o incrementar los conocimientos y habilidades del conjunto de la población con la finalidad de conseguir unos niveles óptimos de salud.

2. La Consejería competente en materia de sanidad elaborará un Plan Estratégico de Educación para la Salud como instrumento de planificación y coordinación de las acciones de educación para la salud pública en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

3. El Plan Estratégico de Educación para la Salud deberá contener como mínimo las acciones a desarrollar en los siguientes ámbitos de actuación:

a) Ámbito comunitario.
b) Ámbito sanitario.
c) Ámbito educativo.
d) Ámbito laboral.
e) Ámbito de la formación.
f) Ámbito de la investigación.

CAPÍTULO III

De la prevención de las enfermedades, de las deficiencias y de los problemas de salud

Artículo 28. *De la prevención de enfermedades, de las deficiencias y de los problemas de salud.*

1. Se entiende por prevención de las enfermedades, de los problemas de salud y de las deficiencias, al conjunto de actuaciones y servicios destinados a reducir y, en su caso, eliminar la aparición de determinadas enfermedades en la población y de atenuar sus consecuencias, mediante acciones individuales y colectivas de vacunación, inmunización pasiva, consejo, cribado y tratamiento precoz.
2. Las actividades preventivas con tratamiento individual y grupal en Atención Primaria se llevarán a cabo en función de lo establecido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
3. Las actividades preventivas con tratamiento poblacional, aunque reconocidas por la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura podrán tener la regulación normativa propia que se establezca en cada momento.

TÍTULO IV

De la protección de la salud

CAPÍTULO I

De la Salud alimentaria

Sección 1.ª Estrategias de salud alimentaria

Artículo 29. *De la salud alimentaria.*

La salud alimentaria está constituida por el conjunto de las habilidades y técnicas que la Administración Pública y los Operadores de las empresas alimentarias ponen al servicio del ciudadano para garantizar la seguridad e inocuidad de los alimentos, incluidas las aguas de consumo, en relación con los peligros bióticos o abióticos que pudieran contener, y promover su consumo saludable, en función del riesgo que puedan suponer por su composición y utilización previsible, así como para asegurar el control de todas las fases de la cadena alimentaria de acuerdo con la normativa aplicable o, subsidiariamente, con las evidencias científicas o técnicas correspondientes.

Artículo 30. *Obligaciones de los operadores de las empresas alimentarias.*

1. Los operadores de las empresas alimentarias son responsables, en las etapas de producción, transformación, almacenamiento, distribución y venta, del cumplimiento de las normas higiénicas y sanitarias vigentes.
2. Los operadores de las empresas alimentarias están obligados a colaborar con las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus competencias, cuando sean requeridas para ello. Asimismo, deberán notificar a los órganos competentes cualquier modificación relativa a

sus actividades e instalaciones, así como cualquier incidencia que pudiera afectar a la seguridad de los alimentos que estén bajo su responsabilidad.

Artículo 31. *Plan Marco de Salud Alimentaria.*

1. Para el desarrollo de las acciones en materia de salud alimentaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura se elaborará el Plan Marco de Salud Alimentaria como instrumento de planificación y coordinación.
2. El Plan Marco de Salud Alimentaria deberá incluir como mínimo:

a) La valoración de la situación inicial en la Comunidad Autónoma.
b) Análisis y diagnóstico de los problemas en el ámbito de la salud alimentaria.
c) Objetivos que se pretenden alcanzar.
d) Las actuaciones y programas a desarrollar.
e) Las previsiones económicas y de financiación de las actuaciones.
f) Mecanismos de evaluación y seguimiento de la aplicación del Plan.

Sección 2.ª Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria

Artículo 32. *Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria.*

1. Se creará la Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria como órgano administrativo colegiado para la cooperación y asesoramiento en materia de seguridad alimentaria, adscrita al Servicio Extremeño de Salud.
2. La Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria tendrá como objetivos generales:

a) Promover la interrelación y cooperación entre las distintas Consejerías, Órganos y Organismos de la Junta de Extremadura con competencias en materia de seguridad alimentaria.
b) Evaluar la situación de la Comunidad Autónoma en materia de Seguridad Alimentaria.
c) Colaborar y, en su caso, proponer acciones y medidas encaminadas a garantizar la eficacia del control de los riesgos alimentarios.

3. Su composición, funciones, organización y régimen de funcionamiento será objeto de desarrollo reglamentario.

CAPÍTULO II

De la salud ambiental

Sección 1.ª Estrategias de salud ambiental

Artículo 33. *De la salud ambiental.*

La salud ambiental está constituida por el conjunto de habilidades y técnicas que las Administraciones Públicas, entidades, organismos y empresas ponen al servicio del ciudadano para garantizar la disminución o eliminación de los efectos perjudiciales que para la salud puedan causar las agresiones físicas, químicas o biológicas a las que la población está expuesta.

Artículo 34. *Plan Marco de Salud Ambiental.*

1. Para el desarrollo de las acciones en materia de salud ambiental en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura se elaborará el Plan Marco de Salud Ambiental como instrumento de planificación y coordinación.
2. El Plan Marco de Salud Ambiental deberá incluir como mínimo:

a) La valoración de la situación inicial en la Comunidad Autónoma.
b) Análisis y diagnóstico de los problemas en el ámbito de la salud ambiental.
c) Objetivos que se pretenden alcanzar.
d) Las actuaciones y programas a desarrollar.
e) Las previsiones económicas y de financiación de las actuaciones.

f) Mecanismos de evaluación y seguimiento de la aplicación del Plan.

Sección 2.ª Comisión de Salud Ambiental de Extremadura

Artículo 35. *Comisión de Salud Ambiental de Extremadura.*

1. Se creará la Comisión de Salud Ambiental de Extremadura como órgano administrativo colegiado de coordinación y asesoramiento en materia de salud ambiental, adscrita a la Consejería con competencias en materia de sanidad.
2. La Comisión de Salud Ambiental de Extremadura tendrá como objetivo general garantizar la interrelación y coordinación entre las distintas Consejerías, Órganos y Organismos de la Junta de Extremadura con competencias en materia de salud ambiental.
3. Su composición, funciones, organización y régimen de funcionamiento serán objeto de desarrollo reglamentario.

CAPÍTULO III

De la salud laboral

Artículo 36. *Plan Estratégico de Salud Laboral.*

1. Para el desarrollo de las acciones en materia de salud laboral en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura se elaborará el Plan Estratégico de Salud Laboral como instrumento de planificación y coordinación.
2. El Plan Marco de Salud Laboral deberá incluir como mínimo:

a) La valoración de la situación inicial.
b) Análisis y diagnóstico de los problemas en el ámbito de la salud laboral.
c) Objetivos que se pretenden alcanzar.
d) Las actuaciones y programas a desarrollar.
e) Las previsiones económicas y de financiación de las actuaciones.
f) Mecanismos de evaluación y seguimiento de la aplicación del Plan.

CAPÍTULO IV

Seguridad del paciente

Artículo 37. *De la seguridad del paciente.*

La seguridad de los pacientes es el proceso que en aplicación de una metodología definida tiene por objeto minimizar los riesgos que la atención sanitaria pueda ocasionar a los mismos.

Artículo 38. *Planes y actuaciones de seguridad del paciente.*

1. Los centros, establecimientos y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura elaborarán planes donde se contengan actuaciones encaminadas a promover la cultura de la seguridad de pacientes.
2. Estos planes serán comunicados a la Consejería competente en materia de sanidad y formarán parte de la garantía de calidad dentro del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Extremadura.

TÍTULO V

De la participación comunitaria en salud

CAPÍTULO I

De la participación comunitaria en salud

Artículo 39. *Participación comunitaria en salud.*

1. La participación comunitaria en salud es el proceso social mediante el cual la comunidad se organiza a fin de conocer sus necesidades y problemas de salud, estudiar los recursos necesarios para atenderlos y participar en la toma de decisiones.
2. La participación comunitaria en salud tiene como finalidad dar respuesta a las necesidades de la población, fomentando y posibilitando la participación de la ciudadanía para conseguir una mayor asunción de responsabilidades para el desarrollo de su salud, y fortaleciendo la capacidad de los ciudadanos sobre su propia salud.

Artículo 40. *Funciones de la participación comunitaria en salud.*

Son funciones de la participación comunitaria en salud:

a) Promover la intervención democrática de la comunidad en la atención a las necesidades o problemas de salud de la misma y su priorización y desarrollo, contribuyendo a la mejora de la actuación sanitaria.
b) Colaborar en el desarrollo de la planificación en salud, contribuyendo a mejorar la utilización de los servicios sanitarios.
c) Desarrollar escenarios promotores de salud en los que se garantice la participación de las Administraciones Públicas y organizaciones implicadas.
d) Desarrollar alianzas estratégicas intersectoriales entre las Administraciones Públicas y las asociaciones y organizaciones sociales promoviendo políticas para el ejercicio de derechos y deberes en salud.
e) Dotar a la comunidad de las habilidades para identificar y formular sus propias necesidades, logrando una comunidad activa, responsable, solidaria y con capacidad para realizar acciones comunes y eficientes.

CAPÍTULO II

De los órganos de participación ciudadana promotores de salud

Artículo 41. *De los agentes de salud comunitarios.*

1. El Sistema Sanitario Público de Extremadura promoverá la participación de los agentes de salud comunitarios en la promoción de la salud.
2. A tales efectos, se impulsará la realización de actividades formativas con la finalidad de lograr que las personas integrantes de la comunidad que en consideración a sus intereses, inquietudes o la actividad desarrollada en el ámbito social, lleven a cabo tareas de promoción de la salud en la comunidad, de manera voluntaria, no remunerada y sin ningún tipo de vinculación laboral.

Artículo 42. *De las organizaciones ciudadanas de voluntarios.*

1. El Sistema Sanitario Público de Extremadura promoverá las actividades de organizaciones ciudadanas de voluntarios dirigidas a la promoción de la salud de la comunidad.
2. Asimismo, el Sistema Sanitario Público de Extremadura fomentará las actividades de carácter colectivo en materia de salud.

Artículo 43. *De los Consejos Municipales de Salud.*

Sin menoscabo del funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona y de las atribuciones conferidas a los Ayuntamientos, en las ciudades de más de 50.000 habitantes,

se promoverá la creación y funcionamiento de los Consejos Municipales de Salud, con el objetivo de facilitar un tratamiento integrado de los problemas, necesidades y respuestas relacionadas con la salud que afectan al conjunto del núcleo urbano.

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.

TÍTULO VII

Régimen sancionador

CAPÍTULO I

De las infracciones

Artículo 56. *Infracciones.*

Son infracciones en materia de salud pública las acciones u omisiones que vulneren lo dispuesto en esta ley, en la normativa que la desarrolle y en el resto de la normativa sanitaria aplicable al ámbito de salud pública dictada en el desarrollo de las previsiones legales. Las infracciones serán objeto de las correspondientes sanciones administrativas, previa

instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que pueda concurrir.

Artículo 57. *Calificación de las infracciones.*

Las infracciones se calificarán como leves, graves o 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 58. *Infracciones leves.*

Son infracciones leves las siguientes:

a) Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa específica aplicable en cada caso dictada en el desarrollo de la ley.
b) Las simples irregularidades en la observación de la normativa sanitaria vigente sin trascendencia directa para la salud pública.
c) Las cometidas por simple negligencia, siempre que la alteración o riesgo producido fuesen de escasa entidad.
d) Las que, en razón de los criterios contemplados en este capítulo, merezcan la calificación de leves o no proceda su calificación como graves o muy graves.
e) El ejercicio o desarrollo de cualquiera de las actividades sujetas a autorización sanitaria previa o registro sanitario sin contar con dicha autorización o registro cuando sean preceptivos, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las condiciones técnicas o estructurales expresas sobre las cuales se otorgó la correspondiente autorización

Artículo 59. *Infracciones graves.*

Son infracciones graves las siguientes:

a) Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa específica aplicable en cada caso dictada en el desarrollo de la ley.
b) La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o desarrollo de cualquier actividad, cuyo precintado, clausura, suspensión, cierre o limitación de tiempo hubiera sido establecido por la autoridad competente, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.
c) Las que se produzcan de forma negligente, por la falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate y den lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.
d) 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.
e) La elaboración, distribución, suministro o venta de productos alimenticios cuando en su presentación se induzca a confundir al consumidor sobre sus verdaderas características nutricionales, sin trascendencia directa para la salud.
f) El incumplimiento del deber de colaboración, información o declaración hacia las autoridades sanitarias para la elaboración de los registros y documentos de información sanitaria que establezca la normativa aplicable; así como no seguir los procedimientos establecidos para el suministro de datos y documentos o haciéndolo de forma notoriamente defectuosa, falsa o fraudulenta.
g) La resistencia a suministrar datos, a facilitar información, a prestar la colaboración y, en general, cualquier acción u omisión que perturbe, retrase o impida la labor de las autoridades sanitarias o de sus agentes en el ejercicio de sus funciones.
h) La omisión de la obligación de declaración de situaciones de potencial impacto en salud pública establecida en el artículo 20 de esta ley.
i) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves, o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

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 y no concurra daño grave para la salud de las personas.

k) Incumplir los deberes de confidencialidad y/o custodia de la información relativa a la salud de las personas.

l) El incumplimiento de la normativa sanitaria vigente con trascendencia directa para la salud pública.

m) Las que, en razón de los elementos contemplados en este Capítulo, merezcan la calificación de graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

n) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos doce meses.

Artículo 60. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves las siguientes:

a) Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso dictada en el desarrollo de la ley.

b) La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o el desarrollo de cualquier actividad cuyo precintado, clausura, suspensión, cierre o limitación de tiempo hubiera sido establecido por la autoridad competente, cuando se produzca de modo reiterado aún cuando no concurra daño grave para la salud de las personas.

c) El incumplimiento, consciente y deliberado, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria aunque no dé lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.

d) La preparación, distribución, suministro o venta de alimentos o bebidas que contengan gérmenes, sustancias químicas o radioactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al hombre, o que superen las limitaciones o tolerancia reglamentariamente establecida en la materia con riesgo grave para la salud.

e) 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 produzcan 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 negativa absoluta a facilitar información, a suministrar datos o a prestar colaboración o auxilio a las autoridades sanitarias o a sus agentes en el ejercicio de sus funciones.

h) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desobediencia o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes en el ejercicio de sus funciones.

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, así como el incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas adoptadas, cuando se produzcan de modo reiterado o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

k) La elaboración, distribución, suministro o venta de productos alimenticios cuando en su presentación se induzca a confundir al consumidor sobre sus verdaderas características nutricionales, con trascendencia directa para la salud.

l) Cualquier comportamiento doloso que dé lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.

m) Las que, en razón de los elementos contemplados en este capítulo y de su grado de concurrencia, merezcan la calificación de muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

n) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

Artículo 61. *Prescripción y caducidad.*

1. Las infracciones leves prescribirán al año, las graves a los tres años y las muy graves a los cinco.

2. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse desde el día en que la infracción se hubiera cometido. Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador, reanudándose el plazo de prescripción si el expediente estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.

3. Iniciado el procedimiento sancionador, si transcurriesen seis meses desde la notificación al interesado de cada uno de los trámites previstos en la normativa procedimental de aplicación, sin que se impulse el trámite siguiente, se producirá la caducidad del procedimiento y se procederá al archivo de las actuaciones.

4. En los supuestos en los que el procedimiento se hubiera paralizado por causa imputable al interesado se interrumpirá el cómputo del plazo para resolver y notificar la resolución.

CAPÍTULO II

De las sanciones

Artículo 62. *Sanciones.*

1. Las infracciones en materia de salud pública se sancionarán de la siguiente manera:

a) Infracciones leves:

Grado mínimo: Hasta 1.000 euros.
Grado medio: Desde 1.001 a 3.000 euros.
Grado máximo: Desde 3.001 a 6.000 euros.

b) Infracciones graves:

Grado mínimo: Desde 6.001 a 15.000 euros.
Grado medio: Desde 15.001 hasta 50.000 euros.
Grado máximo: Desde 50.001 a 85.000 euros.

c) Infracciones muy graves:

Grado mínimo: Desde 85.001 a 300.000 euros.
Grado medio: Desde 300.001 hasta 600.000 euros.
Grado máximo: Desde 600.001 a 1.200.000 euros, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

En los supuestos de infracciones muy graves, la Junta de Extremadura podrá acordar, además, el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un tiempo no superior a 5 años, con los efectos laborales que determine la legislación correspondiente.

2. Las cuantías indicadas para las infracciones graves y muy graves podrán rebasarse hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

3. En el caso de infracciones muy graves, la Junta de Extremadura podrá acordar la supresión, cancelación o suspensión, total o parcial, de las ayudas oficiales, tales como créditos, subvenciones, desgravaciones u otras, que tuviere reconocidas y el sujeto responsable podrá quedar inhabilitado para contratar con las Administraciones Públicas en los términos que establezca la legislación sobre contratación pública.

4. La imposición de una sanción no es incompatible con la obligación de reponer la situación alterada a su estado originario y con las indemnizaciones que, de acuerdo con la legislación vigente, deba satisfacer el sujeto responsable.

5. La autoridad sanitaria a quien corresponda resolver el procedimiento sancionador podrá imponer como sanción accesoria el decomiso de los bienes o productos deteriorados, caducados, adulterados, no autorizados o que puedan entrañar riesgo para la salud, siendo de cuenta del infractor los gastos que origine su intervención, depósito, decomiso, transporte y destrucción.

Artículo 63. *Graduación de las sanciones.*

1. La sanción a imponer será proporcionada a la gravedad del hecho y se graduará atendiendo a la existencia de intencionalidad o reiteración, generalización de la infracción, naturaleza de perjuicios causados, incumplimiento de advertencias previas, volumen de negocios, número de personas afectadas y cualquier otra circunstancia que incida en el grado de reprochabilidad de la conducta o culpabilidad del responsable.

2. Al imponer la sanción se deberá prever que la comisión de la infracción no resulte más beneficiosa para el infractor que el cumplimiento de las normas infringidas.

Artículo 64. *Prescripción.*

1. Las sanciones impuestas por faltas leves prescribirán al año, a los tres años las impuestas por faltas graves, y a los cinco años las impuestas por faltas muy graves.

2. El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción. Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento de ejecución, reanudándose el plazo de prescripción si el expediente estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al infractor.

Artículo 65. *Concurrencia de sanciones.*

No podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados penal o administrativamente, en los casos en que se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento.

Artículo 66. *Responsabilidad.*

1. Son sujetos responsables las personas físicas o jurídicas que incurran en las acciones u omisiones tipificadas como infracciones en materia de salud pública.

2. La responsabilidad administrativa se entiende sin perjuicio de la que penal o civilmente pueda corresponder al inculpado.

CAPÍTULO III

De la competencia sancionadora

Artículo 67. *Potestad sancionadora.*

1. La potestad sancionadora para la imposición de sanciones por infracciones en materia de salud pública tipificadas en la presente ley corresponde a la Junta de Extremadura y a las Corporaciones Locales en sus respectivos ámbitos de competencias.

2. Las Corporaciones Locales ejercerán la potestad sancionadora de conformidad con lo establecido en la legislación de régimen local y normativa de desarrollo.

3. Las Corporaciones Locales podrán imponer multas, por infracciones cometidas en su territorio y dentro de su ámbito competencial, hasta el límite de 15.000 euros.

4. Para evitar la doble imposición de sanciones por los mismos hechos, las autoridades municipales darán cuenta a las Direcciones de Salud de las Áreas de Salud en cuyo territorio se encuentre el respectivo municipio, de la incoación y resolución de expedientes sancionadores. Asimismo la Junta de Extremadura notificará a los Ayuntamientos los expedientes que instruya y que afecten a su ámbito competencial.

Artículo 68. *Competencia sancionadora de la Junta de Extremadura en materia de salud pública.*

La competencia sancionadora de la Junta de Extremadura en materia de salud pública corresponde a los órganos de la Consejería responsable en materia de sanidad y del Servicio Extremeño de Salud que se contemplan en la presente ley.

Artículo 69. *Procedimiento.*

1. Los expedientes sancionadores serán tramitados por las Gerencias de Área de Salud correspondientes.

2. La normativa de aplicación en la tramitación de los procedimientos será la establecida por el Decreto 9/1994, de 8 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento sobre procedimientos sancionadores seguidos por la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como la establecida en el Titulo IX de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y el Título VII de la Ley 1/2002, de 28 de febrero, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Artículo 70. *Órganos competentes.*

1. La competencia para incoar los procedimientos sancionadores por acciones u omisiones en materia de salud pública tipificadas en la presente ley, así como en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, y demás normativa de desarrollo, corresponderá, en cada Gerencia de Área, a los Directores de Salud de Área.

2. Son órganos competentes para la resolución de los procedimientos sancionadores:

a) El titular de la Gerencia de Área de Salud para las sanciones que se impongan por la comisión de faltas leves.

b) El titular de la Dirección General competente en materia de salud pública del Servicio Extremeño de Salud para las sanciones que se impongan por la comisión de faltas graves.

c) El titular de la Consejería competente en materia de sanidad para las sanciones que se impongan por la comisión de faltas muy graves.

d) La Junta de Extremadura reunida en Consejo de Gobierno en los casos de faltas muy graves que lleven aparejado el cierre temporal de establecimientos o industrias por un plazo máximo de cinco años.

Artículo 71. *Recursos.*

1. Contra las resoluciones que recaigan serán procedentes los recursos administrativos legalmente establecidos que se interpondrán ante los órganos que se indican:

a) Las de los titulares de las Gerencias de Área de Salud ante el titular de la Dirección General competente en materia de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.

b) Las del titular de la Dirección General competente en materia de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud ante el titular de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud.

2. Las resoluciones dictadas por el titular de la Consejería competente en materia de Sanidad, así como las dictadas por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, ponen fin a la vía administrativa, siendo por tanto impugnables en vía contencioso-administrativa, sin perjuicio del recurso potestativo de reposición.

Artículo 72. *Medidas cautelares.*

Iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para incoar el procedimiento sancionador, mediante acuerdo motivado, podrá adoptar las medidas cautelares que resulten necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer.

Disposición adicional primera. *Financiación.*

El desarrollo y ejecución de las nuevas acciones o medidas contempladas en la presente ley que supongan incremento de gasto quedarán supeditadas a la existencia de crédito adecuado y suficiente en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Disposición adicional segunda. *Delegación o transferencia de competencias a las Corporaciones Locales.*

1. La Comunidad Autónoma de Extremadura podrá delegar o transferir a las Corporaciones Locales mediante ley aprobada por mayoría absoluta el ejercicio de funciones en materia de salud pública propias de su competencia.

2. En cada caso, la ley preverá la correspondiente transferencia de medios financieros, así como la forma de dirección y control que se reserve la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Disposición adicional tercera. *Del régimen sancionador aplicable como consecuencia de las crisis sanitarias ocasionadas por la COVID-19 u otras epidemias.*

1. El régimen sancionador establecido en la presente disposición será aplicable con ocasión de las crisis sanitarias ocasionadas por la COVID-19 u otras epidemias respecto de las acciones u omisiones realizadas en el territorio de la Comunidad Autónoma de Extremadura por cualquier persona física o jurídica que incumpla las medidas y obligaciones contenidas en las disposiciones o en los actos en materia de salud pública adoptadas por las autoridades estatales o autonómicas como consecuencia de la COVID-19 u otras epidemias al amparo, en particular, de las medidas especiales de intervención u otros mecanismos excepcionales de intervención previstos en la normativa.

2. Las actuaciones de vigilancia y control sanitario se regirán por lo dispuesto en los artículos 54 y 55 de esta ley. No obstante, los profesionales sanitarios que, en el desempeño de sus funciones como empleados públicos, tengan asignadas funciones de detección, seguimiento y control de la enfermedad, tendrán, asimismo, la consideración de autoridad sanitaria, de forma que podrán recabar en todo momento la colaboración de los ciudadanos y gozarán de presunción de veracidad los hechos constatados por los mismos cuando se formalicen por escrito en documento que cuente con los requisitos establecidos en la normativa aplicable. Igualmente, en el desempeño de sus funciones, podrán hacer requerimientos individuales a los ciudadanos, por razones sanitarias vinculadas a la contención de la COVID-19 u otras epidemias, que serán de obligado cumplimiento.

3. Todo el personal al servicio de la Administración regional y local que desarrolle actividades de inspección, así como los miembros de los cuerpos de Policía Local tendrán la condición de agentes de la autoridad sanitaria autonómica.

El control e inspección del cumplimiento de las obligaciones o medidas se asumirá por el personal inspector o agente de la autoridad que en cada caso corresponda por razón del territorio o de la materia.

4. Se considerarán infracciones administrativas las acciones u omisiones establecidas en este número. Para la calificación de las infracciones se atenderá a lo dispuesto en el artículo 57.1 de esta ley, si bien se considerará además como criterio de calificación el número de personas afectadas o la vulnerabilidad de los colectivos que pudieran verse afectados.

Clasificación de las infracciones:

4.1) Infracciones leves:

a) El incumplimiento de la obligación de uso o uso inadecuado de la mascarilla y demás material de protección establecido por las autoridades sanitarias.

b) El incumplimiento del deber individual de cautela y protección, así como de las medidas generales de prevención e higiene exigibles para toda la ciudadanía.

c) El incumplimiento de la obligación de aislamiento o cuarentena contraviniendo las instrucciones o actos de las autoridades sanitarias.

d) La participación en reuniones, fiestas, eventos o cualquier otro tipo de acto de similar naturaleza, en espacios públicos o privados, en los que se produzcan aglomeraciones que impidan o dificulten la adopción de las medidas sanitarias establecidas con ocasión de la epidemia por la autoridad sanitaria.

e) El incumplimiento de las medidas generales de prevención e higiene adoptadas para cualquier tipo de establecimiento o actividad, sea en espacios o locales, públicos o privados adoptadas por la autoridad sanitaria a causa de la epidemia.

f) El incumplimiento de las medidas que supongan una limitación de movimientos o desplazamientos contraviniendo lo dispuesto por la autoridad sanitaria fuera de los supuestos previstos en la letra c).

g) El incumplimiento por parte de los establecimientos abiertos al público de la obligación de información a los usuarios en relación con el cumplimiento horario, el aforo del local, la distancia social, la obligatoriedad del uso de mascarilla u otro elemento de protección o sobre cualquier otra medida de obligada comunicación a la ciudadanía contraviniendo lo dispuesto por la autoridad sanitaria.

h) El incumplimiento de los límites de aforo o del número máximo de personas permitido, hasta un quince por ciento por encima del límite o máximo establecido por las autoridades sanitarias.

i) El incumplimiento de las medidas de control de aforo o de circulación del público establecido por las autoridades sanitarias.

j) La permisividad por parte de los propietarios, titulares o gestores de establecimientos de hostelería y ocio sobre el incumplimiento de medidas sanitarias por parte de los usuarios cuando dichos incumplimientos se presenten en un número o volumen que permita deducir su tolerancia.

k) El incumplimiento de la elaboración de protocolos, planes de contingencia o asimilados en relación con aquellos establecimientos o actividades en que se haya establecido dicha exigencia.

l) El incumplimiento simple del deber de colaboración con los agentes y la autoridad sanitaria.

ll) Cualquier otra infracción de las medidas u obligaciones establecidas por las autoridades sanitarias para afrontar la crisis sanitaria y que no esté calificada como falta grave o muy grave.

m) Las demás infracciones previstas en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en esta ley, en la normativa de desarrollo y en la legislación especial sanitaria aplicable en las que reciban dicha calificación, y que resultaren de aplicación en función de su naturaleza con ocasión de la crisis sanitaria.

4.2) Infracciones graves:

a) El incumplimiento de la obligación de aislamiento o cuarentena acordada de conformidad con lo establecido por las autoridades sanitarias si esta hubiere supuesto un riesgo grave o un daño para la salud pública.

b) El incumplimiento de las medidas que supongan una limitación de movimientos o desplazamientos fuera de los supuestos previstos en la letra anterior cuando hubiere supuesto un riesgo grave o un daño para la salud pública.

c) La organización de reuniones, fiestas, eventos o cualquier otro tipo de acto de similar naturaleza, en espacios privados o públicos, en los que se produzcan aglomeraciones que impidan o dificulten el cumplimiento de las medidas sanitarias de prevención establecidas por las autoridades sanitarias.

d) La denegación de apoyo, auxilio o colaboración a los agentes de la autoridad o a la autoridad sanitaria cuando pusiera en riesgo o fuere trascendente para la salud.

e) El incumplimiento del deber de información o colaboración con las autoridades competentes para realizar el seguimiento y la vigilancia epidemiológica de la COVID-19 u otras epidemias.

f) La resistencia a suministrar datos o la obstrucción a facilitar información a las autoridades competentes o a sus agentes, así como el suministro de información inexacta que tuviera trascendencia para la salud.

g) No realizar ni atender los requerimientos sanitarios que sean adoptados por las autoridades competentes, así como no comunicar los casos de sospecha o diagnóstico de la enfermedad o de hechos relevantes cuya declaración resulte obligatoria.

h) El incumplimiento de las instrucciones recibidas de la autoridad competente o el incumplimiento de un requerimiento de estos, cuando no sea constitutivo de infracción muy grave.

i) El incumplimiento de los límites de aforo o del número máximo de personas permitido a los establecimientos o en las actividades, cuando este no sea constitutivo de una infracción leve.

j) La apertura de locales, celebración de actos o realización de actividades que hayan sido expresamente prohibidas o suspendidas por la normativa aplicable o acto de la autoridad competente, o que no hayan sido autorizadas por esta en los casos en los que sea exigible.

k) El quebrantamiento de las medidas provisionales o cautelares adoptadas por las autoridades sanitarias.

l) La realización de otras conductas u omisiones que infrinjan las obligaciones o medidas establecidas para afrontar la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 u otras epidemias, que produzcan un riesgo o un daño grave para la salud de la población cuando no sea constitutiva de una infracción muy grave.

ll) Las demás infracciones previstas en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en esta ley, en la normativa de desarrollo y en la legislación especial sanitaria aplicable en las que reciban dicha calificación, y que resultaren de aplicación en función de su naturaleza con ocasión de la crisis sanitaria.

4.3) Son infracciones muy graves las siguientes:

a) El incumplimiento de la obligación de aislamiento o cuarentena acordada de conformidad con lo establecido por las autoridades sanitarias si este hubiere comportado daños graves o muy graves para la salud pública.

b) El incumplimiento de las medidas que supongan una limitación de movimientos o desplazamientos fuera de los supuestos previstos en la letra anterior cuando hubiere comportado daños graves o muy graves para la salud pública.

c) El incumplimiento, de forma reiterada, de las instrucciones recibidas de la autoridad competente, o el incumplimiento de un requerimiento de ésta, cuando comporte daños graves para la salud.

d) Cualquier comportamiento doloso que dé lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.

e) Los incumplimientos por acción u omisión de los actos y de la normativa dictada para hacer frente a las crisis sanitarias provocadas por la COVID-19 u otras epidemias, siempre que produzcan un riesgo o un daño muy grave para la salud pública.

f) Las demás infracciones previstas en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en esta ley, en la normativa de desarrollo y en la legislación especial sanitaria aplicable en las que reciban dicha calificación, y que resultaren de aplicación en función de su naturaleza con ocasión de la crisis sanitaria.

5. La comisión de las infracciones previstas en esta disposición dará lugar a la imposición de las siguientes sanciones:

a) En el supuesto de infracciones leves: Multa de hasta 3.000 euros. En todo caso, la sanción por la falta de uso o uso inadecuado de la mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 será de 100 euros.

b) En el caso de las infracciones graves: Multa de 3.001 hasta 60.000 euros.

c) En el caso de infracciones muy graves: Multa de 60.001 hasta 600.000 euros.

En los casos de infracciones muy graves, el órgano al que corresponda resolver el procedimiento sancionador podrá acordar como sanción accesoria, el cierre del local o establecimiento donde se haya producido la infracción o la prohibición de realizar la actividad, durante el plazo máximo de cinco años.

La sanción será proporcionada a la gravedad del hecho y se graduará atendiendo a los criterios previstos en el artículo 63 de esta ley, así como a los siguientes criterios: la afectación a colectivos vulnerables, el riesgo para la salud pública, la trascendencia social o sanitaria, el perjuicio causado a la salud pública, el ánimo de lucro y la cuantía del beneficio económico obtenido en la comisión de la infracción, y el nivel de responsabilidad exigible en función de la condición profesional del responsable de la infracción.

6. El régimen de prescripción de las infracciones y sanciones a que se refiere esta disposición será el previsto en el artículo 59 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

7. Son sujetos responsables las personas físicas o jurídicas que, por acción u omisión, incurran en las acciones u omisiones tipificadas como infracción previstas en esta disposición.

No obstante lo anterior, la persona titular de la explotación, empresa o actividad responderá administrativamente de las infracciones que cometan los trabajadores ocupados o terceras personas que, sin tener vinculación laboral, lleven a cabo prestaciones comprendidas en los servicios gestionados por estos, ello sin perjuicio de que la persona titular de dicha explotación, empresa o actividad sancionada puede ejercitar las acciones de repetición que le correspondan contra los autores materiales de la infracción que ocasione la sanción.

Las sanciones que se impongan a los distintos responsables de una misma infracción tendrán entre sí carácter independiente.

Cuando el cumplimiento de las obligaciones corresponda a varias personas conjuntamente, o si la infracción fuera imputable a varias personas y no resultara posible determinar el grado de participación de cada una de ellas, responderán de forma solidaria de las infracciones que, en su caso se cometan y de las sanciones que se impongan.

Asimismo, serán responsables subsidiarios de las sanciones impuestas a las personas jurídicas que hayan cesado en sus actividades, quienes ocupasen el cargo de administrador en el momento de cometerse la infracción.

Los padres, tutores, acogedores y guardadores legales o, de hecho, por este orden, serán responsables principales de las infracciones cometidas por menores de catorce años, siendo en todo caso, responsables subsidiarios de los incumplimientos de menores con edad superior.

8. Son órganos competentes para la incoación y resolución de los procedimientos sancionadores a que se refiere la presente disposición:

a) El titular de la Dirección General competente en materia de salud pública para las sanciones que se impongan por la comisión de faltas leves y graves. No obstante, en el caso de que resultare de aplicación el procedimiento específico para las infracciones leves que lleven aparejadas una sanción pecuniaria previsto en el ordinal noveno de esta disposición, la incoación se efectuará mediante denuncia del agente de la autoridad sanitaria autonómica.

b) El titular de la Consejería competente en materia de sanidad para las sanciones que se impongan por la comisión de faltas muy graves.

c) La Junta de Extremadura, reunida en Consejo de Gobierno, en los casos de faltas muy graves que lleven aparejado el cierre temporal de establecimientos o industrias por un plazo máximo de cinco años.

Son órganos competentes para la tramitación del procedimiento las Gerencias de Área de Salud.

Las actas de infracción o denuncias formuladas por los funcionarios inspectores de otras Consejerías de la Comunidad Autónoma, Policía Local y de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado serán remitidas al órgano autonómico que ostente las competencias en materia de salud pública para su tramitación y posterior resolución.

La atribución de las competencias sancionadoras establecidas en los apartados anteriores se establecen con carácter preferente sobre cualquier otra competencia relativa a la instrucción y resolución de los procedimientos sancionadores que ostenten otros órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma sobre ámbitos competenciales autonómicos, sin perjuicio de la posibilidad de delegar o encomendar en otros órganos de la Administración, total o parcialmente, las competencias o la realización de cuantas actuaciones se consideren pertinentes.

9. El ejercicio de la potestad sancionadora requerirá la incoación e instrucción del correspondiente procedimiento administrativo, de conformidad con lo establecido en esta ley, así como en lo previsto sobre el procedimiento sancionador en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

No obstante, y a fin de facilitar la eficacia de las sanciones que puedan recaer y su efecto disuasorio y corrector sobre la ciudadanía, se podrán tramitar por un procedimiento

especial y abreviado las infracciones leves que llevaran aparejadas la imposición de una multa pecuniaria. El citado procedimiento seguirá los siguientes trámites:

a) La incoación del procedimiento se determinará mediante denuncia formulada por los agentes inspectores y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en el ejercicio de las funciones que tienen encomendadas por las autoridades sanitarias autonómicas, y notificada en el acto al denunciado, constituyendo el acto de iniciación del procedimiento sancionador, a todos los efectos. Las denuncias formuladas por dichos agentes en el ejercicio de las funciones que tienen encomendadas tendrán valor probatorio, salvo prueba en contrario, de los hechos denunciados, de la identidad de quienes los hubieran cometido y, en su caso, de la notificación de la denuncia, sin perjuicio del deber de aquéllos de aportar todos los elementos probatorios que sean posibles sobre el hecho denunciado.

Cuando el denunciado se niegue a recibir la notificación de la denuncia los agentes de la autoridad sanitaria reflejarán tal circunstancia en el boletín o acta en que se practique la misma.

b) La denuncia deberá indicar que la misma constituye el acto de iniciación del procedimiento sancionador y que el ciudadano propuesto para la sanción dispone de un plazo de quince días naturales para efectuar el pago, lo que supondrá el reconocimiento de la responsabilidad en la comisión de los hechos y la reducción del importe de la sanción en un cuarenta por ciento de su cuantía, o para formular las alegaciones y proponer las pruebas que estime convenientes. Asimismo, se indicará que, si en el plazo indicado no se han formulado alegaciones o no se ha abonado la multa, el procedimiento se tendrá por concluido el día siguiente a la finalización de dicho plazo.

c) Realizado el pago voluntario de la multa dentro del plazo de quince días naturales contados desde el día siguiente al de su notificación, concluirá el procedimiento sancionador con las siguientes consecuencias:

c.1 La reducción del cuarenta por ciento del importe de la sanción.

c.2 La renuncia a formular alegaciones e interposición de recursos derivada del reconocimiento de los hechos imputados y sus consecuencias. En el caso de que se formulen alegaciones se tendrán por no presentadas.

c.3 La terminación del procedimiento, sin necesidad de dictar resolución expresa, el día en que se realice el pago.

d) Transcurrido el plazo de quince días indicado sin que se hubieran efectuado alegaciones ni se hubiera abonado el importe de la sanción la denuncia surtirá el efecto de acto resolutorio del procedimiento sancionador. En este supuesto, la sanción podrá ejecutarse transcurridos treinta días naturales desde la notificación de la denuncia.

Si en el plazo señalado el presunto infractor formulara alegaciones en las que se aportaran datos nuevos o distintos de los constatados por el agente denunciante, y siempre que se estime necesario por el instructor, se dará traslado de aquéllas al agente para que informe en el plazo de quince días naturales o, en su caso, se ratifique en el contenido de su denuncia.

En todo caso, el instructor podrá acordar que se practiquen las pruebas que estime pertinentes para la averiguación y calificación de los hechos y para la determinación de las posibles responsabilidades. La denegación de la práctica de las pruebas deberá ser motivada, dejando constancia en el procedimiento sancionador.

Concluida la instrucción del procedimiento sancionador, el órgano instructor elevará propuesta de resolución al órgano competente para sancionar para que dicte la resolución que proceda. Únicamente se dará traslado de la propuesta al interesado, para que pueda formular nuevas alegaciones en el plazo de quince días naturales, si figuran en el procedimiento sancionador o se han tenido en cuenta en la resolución otros hechos u otras alegaciones y pruebas diferentes a las aducidas por el interesado.

Terminado el procedimiento mediante resolución del órgano competente la sanción se podrá ejecutar desde el día siguiente al transcurso de treinta días contados desde el de notificación de aquella.

10. El régimen de recursos será el previsto en el artículo 71 de esta ley.

11. La adopción de medidas provisionales se regirá por lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en el artículo 54 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública y en los artículos 52 y 53 de esta ley. Excepcionalmente, en los supuestos de riesgo grave para la salud de las personas, las medidas provisionales podrá adoptarlas directamente el personal inspector, los agentes de la Policía Local o los agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que actuarán, a estos efectos, como agentes de la autoridad sanitaria autonómica, con carácter previo a la iniciación del procedimiento, y deben ratificarse, modificarse o revocarse en la resolución iniciadora del procedimiento sancionador en el plazo máximo de quince días por el órgano competente para su iniciación.

12. Las Administraciones Públicas con competencias en las materias afectadas en esta disposición deberán prestarse mutuamente la asistencia y colaboración requerida para garantizar el cumplimiento y eficacia de lo dispuesto en esta disposición, recabándose la cooperación y apoyo de las fuerzas y cuerpos de seguridad para garantizar, especialmente, el principio de eficacia.

En particular, se arbitrarán los instrumentos o protocolos que resultaren necesarios para establecer, si resultare conveniente por razones de eficacia, la implementación del procedimiento específico previsto en el ordinal noveno de esta disposición.

13. El régimen sancionador previsto en esta disposición se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica que resulte de aplicación. Con carácter supletorio será de aplicación la Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública y la normativa estatal o autonómica que resultare de aplicación.

Disposición transitoria primera. *Planes vigentes.*

Los Planes contemplados en la presente ley, que a la entrada en vigor de la misma estén vigentes, seguirán desarrollándose hasta la finalización del plazo de vigencia.

Disposición transitoria segunda. *Expedientes sancionadores.*

Los expedientes sancionadores en materia de salud pública iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de la presente ley seguirán tramitándose conforme a la normativa anterior, sin perjuicio de la aplicación de la regulación más favorable en orden a la calificación de las infracciones y sanciones.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

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

Queda expresamente derogado el Decreto 252/2008, de 12 de diciembre, por el que se atribuyen competencias sancionadoras en materia de salud pública en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.*

1. Se modifica el título de la Sección 1.ª del Capítulo IV del Título I de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, que pasa a denominarse de la siguiente forma:

> «El Consejo Extremeño de Salud y El Consejo Regional de Pacientes de Extremadura.»

2. Se introduce un nuevo artículo en la Sección 1.ª del Capítulo IV del Título I de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, que queda redactado del siguiente modo:

> **«Artículo 13 bis.** *Consejo Regional de Pacientes de Extremadura.*
>
> 1. Con la finalidad de promover la participación formal de los pacientes en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, se creará el Consejo Regional de Pacientes de Extremadura, 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 la Comunidad Autónoma de Extremadura.

2. El Consejo Regional de Pacientes de Extremadura tendrá como objetivo general promover la coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de las actividades relacionadas con la participación de las instituciones de pacientes y familiares de afectados con ámbito de actuación en la Comunidad Autónoma de Extremadura en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

3. La composición, organización, funcionamiento y atribuciones del Consejo Regional de Pacientes de Extremadura serán objeto de desarrollo reglamentario.»

Disposición final segunda. *Habilitación normativa.*

Se habilita al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones reglamentarias necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente ley.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura.

§ 22

Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia

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

PREÁMBULO

1

Con arreglo a lo dispuesto en los artículos 148 y 149 de la Constitución española y en el artículo 33 del Estatuto de autonomía de Galicia, es competencia de la Comunidad Autónoma gallega el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, así como en materia de Seguridad Social, salvo las normas que configuran su régimen económico, y también, a tenor de lo dispuesto en el artículo 28 del Estatuto, en materia de establecimientos farmacéuticos. La comunidad autónoma podrá organizar y administrar para tales fines y dentro de su territorio todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas, ejerciendo la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de sanidad y Seguridad Social.

Como desarrollo de este título competencial, el Parlamento gallego ha legislado sobre distintos aspectos de la ordenación sanitaria de nuestra comunidad, concretándose, en el momento presente, el marco legal autonómico en las leyes siguientes: Ley 5/1983, de 30 de junio, en materia de personal; Ley 1/1989, de 2 de enero, de creación del Servicio Gallego de Salud, reformada por la Ley 8/1991, de 23 de julio; Ley 17/1989, de 23 de octubre, de creación de escalas del personal sanitario al servicio de la comunidad autónoma; Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre drogas; Ley 5/1999, de 21 de mayo, de ordenación farmacéutica, modificada por la Ley 4/2005, de 17 de marzo, y por la Ley 7/2006, de 1 de diciembre; Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, modificada por la Ley 3/2005, de 17 de marzo. Finalmente, en el año 2003, se promulga la Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia, en adelante Losga. De la relación normativa expuesta, sólo la Losga pretende la regulación de carácter general del sistema de la sanidad en Galicia; sin embargo el marcado carácter reglamentista de esta norma la ha llevado a dejar fuera de su ámbito de actuación aspectos primordiales del derecho de la protección de la salud que la actual sociedad gallega desea que pasen a informar el modelo del Sistema de Salud de Galicia.

2

Se hace necesario, por tanto, un nuevo texto legislativo básico que, partiendo de los preceptos de la Ley 14/1986, general de sanidad, y en herencia directa de sus principios y

valores, plasme el compromiso de todos los poderes públicos gallegos con la ciudadanía de cara a la protección de su salud, pilar básico en que se asienta el Estado del bienestar. Este nuevo texto incorpora la concepción de salud por encima del planteamiento puramente de ordenación sanitaria que caracterizaba a la Losga, configurándose como el marco legal estructuralista que dará base para la articulación de un verdadero código sanitario gallego, en el cual se integrarán las futuras leyes de salud pública de Galicia, del Servicio Gallego de Salud, del empleado público de la salud del Sistema Público de Salud de Galicia, de la Escuela Gallega de la Administración Sanitaria, del Sistema de Información de Salud de Galicia y del Centro de Servicios Tecnológicos del Sistema Público de Salud de Galicia, del Instituto Gallego de Investigación Sanitaria, de ordenación farmacéutica de Galicia, de Galicia sobre drogas y demás normas que se dicten bajo sus principios. De este modo, la protección de la salud pasa a ser una política general que habrá de tenerse presente en las políticas sectoriales y orienta la acción de los gobiernos hacia uno de los pilares fundamentales del Estado de bienestar, como es la salud y la sanidad.

3

La primera característica que define a la presente ley es la de centrar el modelo de salud en la ciudadanía. Con esta orientación, la ley, desde el momento inicial de su elaboración, busca el mayor consenso y acuerdo social en torno a sus principios básicos. El texto de la misma ha sido sometido a la consulta de todos los sectores implicados –directamente, a través de los mecanismos de representación institucional establecidos, de los órganos de representación y de diálogo social establecidos, a través de los instrumentos de participación directa, etc.–, y de toda la ciudadanía, a través de la página web de la consejería, con la finalidad de hacer efectivo, real y eficaz el principio de participación.

La regulación de los derechos de la ciudadanía constituye otro rasgo de la nueva concepción de la salud, que se recoge como demanda legítima de la actual sociedad gallega. El nuevo papel que la ley otorga a la ciudadanía y a sus derechos se traduce tanto en su aspecto formal –reserva del título I para una pormenorizada relación, estructuración y clarificación de los derechos y deberes para un completo desarrollo normativo posterior– como sustancial. Aparecen así contemplados de manera novedosa los derechos relacionados con el acompañamiento del o la paciente y los derechos relacionados con la autonomía del o la paciente, como son el de disponer de los tejidos y muestras biológicas para conseguir una segunda opinión médica, el de rechazar la participación en procedimientos experimentales o el derecho a que se proceda a la eliminación de los tejidos y muestras biológicas. Entre los derechos relacionados con la información se recoge el derecho a la utilización de nuevas tecnologías de la información y comunicación. Significativo es el planteamiento del derecho a la integridad de la persona, así como los relacionados con los avances en genética. Especial mención merece el derecho al voluntariado, sin olvidar la gran trascendencia que supone el reconocimiento del derecho de las mujeres a disponer de programas específicos durante sus periodos vitales. Se incorpora, además, a la presente ley general el derecho a no recibir información, el cual, aunque estaba recogido en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, modificada por la Ley 3/2005, de 17 de marzo, no aparecía contemplado en la Losga.

Directamente relacionado con este punto de los derechos, la nueva ley propone la existencia de un vicevaledor o vicevaledora del paciente dependiente del Valedor do Pobo, dándole de esta manera la independencia necesaria para cumplir sus funciones, y no distorsionando, sino incluso potenciando, esta figura institucional.

4

Como primer requerimiento al que ha de dar respuesta esta nueva Ley de salud será la plasmación de los nuevos principios rectores de la sanidad gallega, como son la integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos –apostando por fórmulas colaborativas en lugar de fórmulas competitivas–, la participación e implicación de los profesionales en el sistema sanitario, la promoción del uso racional de sus recursos, la acreditación y evaluación continua de los servicios de salud y sanitarios prestados en la comunidad autónoma, la

descentralización, desconcentración y autonomía en la gestión de los servicios, la eficacia, efectividad y eficiencia en la gestión de las organizaciones sanitarias o la coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y de salud laboral.

Los anteriores principios definen el nuevo marco del Sistema Público de Salud de Galicia y son el resultado del proceso de formulación de su misión, visión y valores en los términos siguientes:

Su misión comprende las actuaciones dirigidas a conseguir el adecuado desarrollo de las competencias que en el ámbito sanitario corresponden a la Comunidad Autónoma de Galicia, mejorar la salud disminuyendo la aparición de nuevas enfermedades, limitando la expansión de las ya existentes, reduciendo la mortalidad prematura y aumentando la calidad de vida de la ciudadanía, garantizar los derechos y deberes sanitarios reconocidos en la legislación vigente y mantener la sostenibilidad económica y financiera del sistema.

La visión del Sistema Público de Salud de Galicia estará dirigida a trabajar en aras de un sistema sanitario que obtenga resultados satisfactorios para la ciudadanía de Galicia, a través de los profesionales del sistema sanitario y con una organización sanitaria eficiente.

Se identifican como valores que informan el Sistema Público de Salud de Galicia: la orientación a los resultados en la salud de los gallegos y gallegas en la garantía de los derechos reconocidos en la legislación sanitaria y en la humanización de la asistencia; la promoción y potenciación de su carácter público; la actuación con eficiencia en todos sus niveles orgánicos y asistenciales para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema; la transparencia en la gestión en todos sus niveles y ámbitos, y la participación real y continua de profesionales, ciudadanía y, en general, toda la sociedad gallega como base para la obtención de todos los objetivos y resultados de la organización.

La presente ley recoge una nueva configuración del concepto de salud y de las prestaciones sanitarias previstas en el Sistema Público de Salud de Galicia para su protección, encuadrándose en las mismas las prestaciones de salud pública, de atención primaria, de atención hospitalaria, de atención sociosanitaria, de atención de urgencias, farmacéutica, de atención ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. La salud mental y la atención a las drogodependencias son incorporadas dentro de la asistencia como cualquier otro aspecto de salud, dejando de ser consideradas como prestaciones sanitarias independientes, mientras que la atención sociosanitaria se incluye como prestación del Sistema Público de Salud de Galicia y se establecen los mecanismos básicos de coordinación entre sanidad y bienestar social a efectos de su adecuado desarrollo.

5

Iniciando la presentación de las principales novedades de la presente ley, cabe destacar la incorporación de las grandes líneas estratégicas de la sanidad gallega, como son la potenciación de su carácter público, la eliminación de las desigualdades en los derechos y garantías, la gestión eficiente para garantizar la sostenibilidad del sistema, la participación e implicación de los profesionales, pacientes y conjunto de la sociedad, la transparencia en la gestión, la equidad y el equilibrio territorial de los servicios.

Se trata, además, de conseguir un mayor grado en la autonomía de la gestión. La Ley de salud habrá de garantizar que el nivel de salud y de riesgo para la salud de los gallegos y gallegas lo decidan los propios gallegos y gallegas. De este modo la Ley de salud de Galicia propugna, dentro de la Constitución española y en herencia directa de la Ley general de sanidad, un verdadero pacto de Estado por la sanidad en el ámbito del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud. Dentro de este ámbito se configura el Sistema Público de Salud de Galicia como la estructura conceptual fundamental para organizar los esfuerzos públicos en la búsqueda de la protección de la salud de la ciudadanía. En esta nueva dimensión del Sistema Público de Salud de Galicia quedan incluidos, además de la Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud, todas las fundaciones sanitarias y todos los entes públicos ya creados o previstos en la presente ley, cuyo objeto sea la promoción y protección de la salud, y que como tales se mantengan tras el proceso de ordenación del sector sanitario público que se está acometiendo (especialmente, la integración de las fundaciones hospitalarias en el Servicio Gallego de Salud), sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros departamentos y

administraciones de la Comunidad Autónoma de Galicia sobre aspectos que puedan tener incidencia en la salud de la población o constituyan determinantes de la salud potencialmente modificables.

El Sistema Público de Salud de Galicia, por tanto, está compuesto por las personas, instituciones y recursos públicos organizados coordinadamente y de acuerdo con las políticas establecidas, para mejorar la salud de la población a la que sirve. Así se consigue evidenciar y poner énfasis en el carácter público del sistema. Además, la Ley de salud establece el denominado Sistema de Salud de Galicia, donde tiene lugar el encuentro y la complementariedad del conglomerado público y el sector privado de atención sanitaria; sector privado en el que se incluyen los centros, establecimientos y servicios sanitarios de titularidad privada, tales como hospitales, clínicas, farmacias, transporte sanitario, laboratorios y demás proveedores privados.

Esta propuesta modifica la anterior concepción plasmada en la Losga, que incluía, en un mismo sistema, las actividades y los centros públicos y privados. Esta concepción dificultaba el desarrollo de los principios que habían de regir el sistema sanitario público, pues se trata de conciliar criterios, orientaciones, valores y principios que no sólo no son fácilmente conciliables sino que son incluso legítimamente contrapuestos.

La utilización de recursos privados se considera como complementaria y subsidiaria en el ámbito del Sistema de Salud de Galicia y está regulada por un título específico, haciendo desaparecer de este modo la Red Gallega de Atención Sanitaria de Utilización Pública, la cual no tendría sentido en este nuevo modelo.

Continuando con las aportaciones de la presente ley, es especialmente novedosa la regulación y ordenación de los empleados y empleadas públicos de la salud, que responde a la necesidad, reiteradamente constatada, de romper con el concepto del personal del Servicio Gallego de Salud para implantar la definición del empleado del Sistema Público de Salud de Galicia, resaltando como principios y criterios de actuación, entre otros, la transparencia, la objetividad, la dedicación prioritaria al servicio público, la garantía de asistencia sanitaria, el trabajo en equipo y la mejora y modernización del servicio.

Otras destacadas aportaciones de la presente ley son la inclusión de una parte en que se hace especial hincapié en la determinación del objetivo de la disminución de los desequilibrios y desigualdades territoriales y sociales en salud, así como la referida a la financiación del sistema público desde un punto de vista de eficacia, eficiencia y sostenibilidad económica y financiera del mismo; el concepto de calidad y el de mejora continua como principios fundamentales; la inclusión de la salud pública como prestación de acuerdo con la Ley 16/2003, de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud; la regulación de los sistemas de información y la evaluación del conjunto del Sistema de Salud de Galicia que corresponde a la Consellería de Sanidad, y la regulación del voluntariado en el marco del sistema público.

En el epígrafe de ordenación territorial la ley apuesta claramente por las áreas de salud como ámbito territorial para la prestación de servicios asistenciales, haciendo desaparecer los distritos sanitarios para permitir una gestión eficaz y eficiente de dichas áreas. La definición de las áreas de salud tendrá presente factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos y de accesibilidad, así como los criterios y las directrices generales de la Xunta de Galicia sobre la ordenación y el desarrollo territorial de Galicia, facilitando la incorporación en el futuro de nuevas figuras de articulación territorial: áreas metropolitanas, regiones funcionales, etc.

Con respeto a la participación social, la presente ley la fortalece con nuevas fórmulas de participación, a través de las distintas formas asociativas en conformidad con el artículo 22 de la Constitución española, vinculadas a la sistemática incorporación de la visión y la percepción de la sociedad en el diseño y puesta en funcionamiento de «proyectos asistenciales y/o de garantía de derechos».

Como expresión de una de las características destacadas de las sociedades más modernas y avanzadas, la presente ley supone la institucionalización, en el ámbito y para el conjunto del Sistema Público de Salud de Galicia, del diálogo social entre la Administración sanitaria y los agentes económicos y sociales, conforme al artículo 7 de la Constitución española, representados por las organizaciones empresariales y sindicales más representativas.

La Constitución española, en su artículo 9.2, el Estatuto de autonomía en el artículo 4.2, el Convenio número 150 de la Organización Internacional del Trabajo-OIT y la Comunicación de 12 de agosto de 2004 de la Unión Europea sobre el diálogo social europeo destacan la importancia adquirida por el diálogo social en cuanto que ha contribuido a mejorar la gobernabilidad a escala económica y social. Por otra parte, la Ley orgánica de libertad sindical y el texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores atribuyen el ejercicio del derecho de participación sólo a las organizaciones sindicales y empresariales que tienen la condición de más representativas. Ésta es la orientación en la que se alinea el capítulo VII del título I de la presente ley al regular la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas de Galicia, incorporando como novedad el Foro de Participación Institucional de la Sanidad.

Especial relevancia presenta la nueva atribución de competencias y funciones de cada componente del Sistema Público de Salud de Galicia. Conceptualmente un sistema de salud tiene que asumir las funciones de conseguir autonomía financiera para el sistema sanitario y disponer de una financiación sostenible, definir y prestar servicios sanitarios, conseguir y desarrollar los recursos necesarios y ejercer la acción de tutela de todo el sistema. Además también ha de definirse a quien se le asignan las funciones de financiación y provisión de servicios sanitarios. Con este marco, la ley asigna a la Consellería de Sanidad las funciones clásicas de autoridad y dirección del sistema sanitario, dejando para el Servicio Gallego de Salud la función de provisión integrada de servicios sanitarios de forma adecuada, efectiva y eficiente, así como la coordinación funcional de los instrumentos de gestión existentes que incidan en las prestaciones asistenciales.

Asimismo, y con la intención de ir fijando criterios que permitan avanzar hacia una nueva ordenación de las actividades y servicios de salud pública y para un adecuado desarrollo de las competencias que corresponden a la Comunidad Autónoma de Galicia en el ámbito sanitario, la presente ley sienta las bases para la futura creación de una organización especializada de salud pública. La ley contempla la previsión de ésta como un instrumento organizativo idóneo para contribuir a preservar la salud de la ciudadanía gallega, garantizando los derechos sanitarios que en la misma son reconocidos.

6

En cuanto a su estructura formal, la presente Ley de salud responde al siguiente orden:

El título preliminar define el objeto y alcance de la ley y añade una definición de los principales términos y conceptos que se utilizan a lo largo de la misma.

El título I regula los derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía. En su capítulo I identifica los titulares de los derechos que son expuestos en el capítulo II, agrupados en derechos relacionados con la integridad e intimidad, el acompañamiento, la autonomía de decisión, la confidencialidad e información, la documentación sanitaria, las sugerencias y reclamaciones, las prestaciones de servicios sanitarios por parte del Sistema Público de Salud de Galicia, la participación y los derechos relacionados con los grupos especiales. En el capítulo III se definen los deberes sanitarios de la ciudadanía gallega, formulados éstos en clave de corresponsabilidad de la sostenibilidad económica y financiera del sistema, basada en la utilización racional de los recursos públicos. Las garantías de los derechos y deberes se encuentran en el capítulo IV. La figura del vicevaledor o vicevaledora del paciente es regulada en el capítulo V, órgano esencial para la garantía de los derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía. En el capítulo VI se desarrolla el derecho a la participación social, definiendo los órganos y fórmulas de la misma, entre las que se contempla el voluntariado como expresión de un derecho de participación social. Por último, en el capítulo VII se desarrolla la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas de Galicia.

El Sistema Público de Salud de Galicia se regula en el título II. En su capítulo II se exponen los principios rectores de funcionamiento del sistema. A continuación, en el capítulo III, se presentan las intervenciones públicas del sistema que garantizan el libre ejercicio de los derechos y deberes de la ciudadanía. Como complemento de estas intervenciones, en el capítulo IV se regulan las infracciones y sanciones. Para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud el sistema tiene que ofertar una serie de prestaciones que son

definidas en el capítulo V, incluyendo como novedad la incorporación de la salud pública como prestación. Una vez definidas las prestaciones y servicios que pueden ofertarse en el sistema sanitario, se hace necesario aclarar cuáles son las prioridades en el sistema. Con este propósito se define en el capítulo VI la planificación del Sistema Público de Salud de Galicia, las directrices de política sanitaria de Galicia y el Plan de salud. Como complemento a la planificación sanitaria, el capítulo VII define la ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia. En el capítulo VIII se hace mención al sistema de información y evaluación del sistema, y de la financiación trata el capítulo IX. Finalmente, el capítulo X regula el contrato de servicios sanitarios.

Con el objetivo de aclarar las diferentes competencias dentro del Sistema de Salud de Galicia se incorpora el título III. En el capítulo I del mismo se asignan las competencias de la Xunta, tanto de su Consejo como de la consejería, del consejo asesor y de las organizaciones prestadoras de servicios sanitarios. En el capítulo II se regulan las competencias de la Administración local y el sistema de delegación de competencias.

El título IV establece el sistema de relación del Sistema Público de Salud de Galicia con otros países y organizaciones internacionales, y con la Unión Europea en el capítulo I, con la Administración general del Estado en el capítulo II y con otras comunidades autónomas, así como con las comunidades gallegas en el exterior, en su capítulo III.

En el título V se regula la participación del sector privado de atención sanitaria con el Sistema Público de Salud de Galicia. Esta relación se establece como una relación de complementariedad, subsidiaria y de colaboración, definiéndose los sistemas de relación y las garantías de los derechos que habrán de cumplir. También la ley formula la conveniencia de definir los criterios sanitarios de producción y los sistemas de verificación del cumplimiento de estos criterios como garantía de derechos de la ciudadanía. Por todo ello, se incluye como sector privado sanitario no sólo a los centros de asistencia sanitaria privados sino a cualquier empresa del sector sanitario. Todas estas empresas proporcionan la complementariedad necesaria en el Sistema Público de Salud de Galicia.

El Servicio Gallego de Salud, como principal proveedor e integrador de servicios sanitarios de carácter asistencial, es regulado en la ley en el título VI, en el que se exponen su naturaleza, sus funciones, sus instrumentos para la prestación de servicios sanitarios, en el capítulo I, su organización en el capítulo II, la organización de sus servicios en el capítulo III, el régimen jurídico en el capítulo IV, la gestión de los medios materiales y su régimen patrimonial en el capítulo V y, por último, el régimen financiero, presupuestario y contable en el capítulo VI.

Bajo el nombre de «La organización de la salud pública en el Sistema Público de Salud de Galicia», el título VII de la ley dispone la necesidad de crear una estructura organizativa especializada cuyo objetivo será la provisión de los servicios y prestaciones de salud pública en el marco del Sistema Público de Salud de Galicia y que será desarrollada en la futura Ley de salud pública de Galicia.

El título VIII está dedicado a la ordenación de los empleados y empleadas del Sistema Público de Salud de Galicia. A lo largo de sus nueve capítulos se define y regula el personal que integra este colectivo, su régimen jurídico, la planificación y ordenación de los recursos humanos, la selección, provisión y promoción interna, las retribuciones y jornada, la carrera profesional, la salud laboral, la mesa de negociación, la función directiva y las garantías de modernización y prestación de la asistencia.

El título IX de la ley regula la docencia e investigación sanitaria. En este título la ley incorpora los principios generales inspiradores de las políticas públicas en materia de docencia e investigación, la creación del Instituto Gallego de Investigación Sanitaria que unifique y dirija programas de investigación del Sistema Público de Salud de Galicia, el establecimiento de mecanismos de coordinación entre hospitales y universidades, el establecimiento de mecanismos de coordinación entre programas de investigación en el ámbito sanitario y en las universidades y el establecimiento de mecanismos de coordinación del Plan gallego de investigación y desarrollo en materia sanitaria con el Plan gallego de I+D +I. Todo ello se complementa con la Escuela Gallega de la Administración Sanitaria, de la cual define su entidad jurídica, sus funciones y el sistema de financiación.

Por último, el título X define el marco institucional de coordinación de la atención sociosanitaria en Galicia, expone los principios generales que habrán de regular esta

coordinación y crea un instrumento de coordinación: la Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia.

Por todo lo expuesto, el Parlamento de Galicia aprobó y yo, de conformidad con el artículo 13.2.º del Estatuto de Galicia y con el artículo 24 de la Ley 1/1983, de 23 de febrero, reguladora de la Xunta y de su Presidencia, promulgo en nombre del Rey, la Ley de salud de Galicia.

TÍTULO PRELIMINAR

Objeto, alcance y definiciones

Artículo 1. *Objeto.*

La presente ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Galicia, el derecho constitucional a la protección de la salud en el marco de las competencias que le atribuye el Estatuto de autonomía, mediante la ordenación del Sistema de Salud de Galicia, que comprende los sectores sanitarios público y privado, y la regulación del Sistema Público de Salud de Galicia y de los derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía gallega, así como de los instrumentos que garantizan su cumplimiento.

Artículo 2. *Alcance.*

La presente ley comprende los ámbitos siguientes:

1. La definición y garantía de los derechos y obligaciones de la ciudadanía en el ámbito sanitario, en concordancia y desarrollo de lo previsto en la Ley 14/1986, general de sanidad, y en las leyes de ámbito estatal que desarrollan ésta.
2. La ordenación del Sistema Público de Salud de Galicia.
3. La planificación sanitaria del Sistema Público de Salud de Galicia y la definición de las actuaciones e intervenciones públicas en materia de salud.
4. La ordenación de las prestaciones y servicios sanitarios que configuran el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en el ámbito territorial de Galicia.
5. La ordenación y regulación del Servicio Gallego de Salud.
6. La regulación general de las competencias sanitarias de las diferentes administraciones públicas de Galicia, de las actuaciones de la Xunta de Galicia con relación a la Unión Europea y de las relaciones de cooperación con el Estado, otras comunidades autónomas y las comunidades gallegas en el exterior en materia sanitaria. ç
7. El establecimiento y la regulación de la colaboración del sector sanitario privado con el Sistema Público de Salud de Galicia como complemento que contribuye a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud y a la atención sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia.
8. La formación e investigación en el ámbito de la sanidad.
9. La coordinación de la prestación de los servicios sociosanitarios.

Artículo 3. *Definiciones.*

A los efectos de la presente ley se entiende por:

1. Acción intersectorial: la acción en que el sector sanitario y otro relevante sector de la economía o de otro sector público o privado colaboran o interactúan para conseguir objetivos de salud.
2. Acreditación sanitaria: el conjunto de procedimientos y criterios que, superando los requisitos técnicos y las condiciones mínimas exigidas para la autorización sanitaria, hayan de cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios, en cuanto a mejorar y reconocer la calidad de los mismos y de sus prestaciones. La acreditación será requisito para la suscripción de contratos de servicios sanitarios en los supuestos determinados reglamentariamente.
3. Actividad sanitaria: cualquier resolución, intervención, servicio, prestación o actuación cuyo objetivo principal sea la salud de las personas.

4. Atención sanitaria: cualquier tipo de servicio recibido de forma individual y proporcionado por profesionales sanitarios con impacto en el estado de salud. Es sinónimo de asistencia sanitaria. Toda referencia al ámbito «asistencial» que se hace a lo largo de la presente ley se entiende referida a la asistencia sanitaria.

5. Autoridad sanitaria: el órgano de la administración pública que tiene asignadas por la legislación vigente competencias o funciones de ordenación, regulación, inspección, control o sanción en el ámbito sanitario o de la salud.

6. Autorización sanitaria: la resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, funcionamiento, modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

7. Cartera de servicios: 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, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

8. Catálogo de prestaciones sanitarias: los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud de la ciudadanía cuyo objeto es garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.

9. Centro sanitario: el conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias a fin de mejorar la salud de las personas.

10. Establecimiento sanitario: el conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias de dispensación de medicamentos o de adaptación individual de productos sanitarios.

11. Función de producción/provisión de servicios: las actividades que permiten la producción y oferta de servicios sanitarios.

12 Intervención sanitaria: una actividad o conjunto de actividades que intentan, modificando un proceso, el curso de acción o la secuencia de eventos, mejorar el resultado esperado en salud, referido siempre a un aspecto previamente determinado.

13. Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o la recuperación de su salud.

14. Sanidad: el conjunto de servicios públicos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de un territorio administrativo. Sinónimo de sistema sanitario o sistema de salud cuando éste sea definido como público.

15. Salud pública: el conjunto de iniciativas, actividades y servicios organizados por las administraciones públicas para mejorar la salud de la población mediante intervenciones colectivas o sociales. Las intervenciones colectivas o sociales son aquéllas cuyo objetivo es la identificación y modificación, en su caso, de los factores protectores y de riesgo para la salud que evitan o condicionan la aparición de morbilidad, mortalidad prematura y discapacidad.

16. Salud: el estado de la persona que le permite realizar las funciones vitales y sociales propias de su edad, adaptarse y superar dificultades de forma socialmente aceptable y personalmente satisfactoria. Este concepto incluye, por tanto, los aspectos físicos, psíquicos y sociales.

17. Sector privado de atención sanitaria: el conjunto de actividades y agentes económicos cuyas características homogéneas son la elaboración y prestación de productos y servicios sanitarios y cuya titularidad es privada.

18. Servicios sanitarios: cualquier servicio que pueda contribuir a mejorar la salud o a diagnosticar, tratar o rehabilitar a una persona, y no necesariamente limitado a servicios médicos o servicios de atención sanitaria. Se entienden también como organizaciones destinadas a vigilar y proteger la salud de la ciudadanía.

19. Sistema de Salud de Galicia: el conjunto de recursos, actividades, servicios y prestaciones, públicos y privados, cuya finalidad es la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, la rehabilitación y la reinserción social, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral y funcionalmente articulada.

20. Sistema Público de Salud de Galicia: el conjunto de recursos, medios organizativos, actividades, servicios y prestaciones públicas cuya finalidad es la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, la rehabilitación y la reinserción social, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral y funcionalmente articulada.

21. Sostenibilidad: la capacidad de responder a las necesidades presentes sin comprometer la posibilidad de responder a las necesidades futuras.

22. Usuario/Usuaria: la persona que utiliza los servicios sanitarios.

TÍTULO I

De los derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 4. *Titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria.*

1. El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia y de cobertura universal se garantiza a todas las personas que residan en los ayuntamientos de esta comunidad autónoma.

Para acreditar la residencia prevista en este apartado se tendrá en cuenta alguno de los siguientes criterios:

– Que conste el empadronamiento en cualquiera de los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma con una antigüedad de más de 183 días.

– Que radique en Galicia el núcleo principal o la base de sus intereses económicos, de forma directa o indirecta.

– Que residan habitualmente en Galicia el cónyuge, o la persona con análoga relación de afectividad, no separado legalmente, y los hijos o las hijas o los menores de edad que dependan de la persona física.

A los transeúntes y desplazados en el territorio de la comunidad autónoma se les garantizará, en la forma y en las condiciones que establezca la legislación vigente, el derecho comunitario y europeo y los convenios nacionales o internacionales que resulten de aplicación, así como a todos los gallegos y a todas las gallegas de origen o ascendencia que, residiendo fuera de Galicia, se vean amparados por los convenios al efecto, en la forma y en las condiciones establecidas en estos.

2. Igualmente, se garantiza la protección de la salud y la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a las personas menores y las mujeres gestantes no incluidas en el apartado 1 del presente artículo.

3. Además, se garantiza a todas las personas la atención sanitaria en situación de urgencia y emergencia.

4. Este derecho se garantiza con pleno respeto a su personalidad, dignidad e intimidad, sin ninguna discriminación por razón de raza, sexo, religión, opinión, idioma, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

CAPÍTULO II

Derechos sanitarios

Artículo 5. *Derechos sanitarios.*

Los titulares del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria disfrutarán de los derechos sanitarios que se recogen en el presente capítulo, sin perjuicio de la aplicación y reconocimiento de los definidos en la Ley 14/1986, general de sanidad, así como en otras leyes sanitarias de ámbito estatal que sean de aplicación.

Artículo 6. *Derechos relacionados con la integridad e intimidad de la persona.*

Serán derechos sanitarios relacionados con la integridad e intimidad de la persona los siguientes:

1. Derecho a la integridad física y psíquica.
2. Derecho al máximo respeto posible de la intimidad de la persona, en todos los centros, servicios y establecimientos sometidos a la presente ley, en la prestación de actividades sanitarias tales como exploraciones, cuidados o actividades de higiene.
3. Derecho a que se reduzca la presencia de profesionales, estudiantes e investigadores, o de otros usuarios, que no colaboren directamente en la realización de tales atenciones, cuando así sea expresamente solicitado.
4. Derecho a no ser grabada mediante fotografías, vídeos u otros medios que permitan su identificación como destinatarios de servicios sanitarios, excepto que la persona afectada, una vez que le sean explicados claramente los motivos de su realización y el ámbito de difusión, preste autorización expresa para ello.

Artículo 7. *Derechos relacionados con el acompañamiento del o la paciente.*

1. Serán derechos relacionados con el acompañamiento del o la paciente los siguientes:

1. Derecho a ser acompañado o acompañada, al menos, por una persona que mantenga vínculos familiares o de hecho con el o la paciente o una persona de su confianza.
2. Derecho de toda mujer a que se le facilite el acceso al proceso del parto a aquella persona designada por ella al efecto.
3. Derecho de las personas menores a estar acompañadas por sus padres, tutores o guardadores.
4. Derecho de las personas incapacitadas a estar acompañadas por los responsables legales de su guarda y protección.

2. Los derechos anteriormente citados se limitarán, e incluso se exceptuarán, en los casos en que esas presencias sean desaconsejadas o incompatibles con la prestación sanitaria conforme a criterios clínicos. En todo caso, esas circunstancias serán explicadas a los afectados y afectadas de manera comprensible.

Artículo 8. *Derechos relacionados con la autonomía de decisión.*

Serán derechos relacionados con la autonomía de decisión los siguientes:

1. Derecho a que se solicite consentimiento informado en los términos establecidos en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, y en la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la anterior. Se entenderá por consentimiento informado el prestado libre y voluntariamente por la persona afectada para toda actuación en el ámbito de su salud y una vez que, recibida la información adecuada, hubiera valorado las opciones propias del caso. El consentimiento será verbal, por regla general, prestándose por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del o la paciente.
2. Derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso y a rechazar el tratamiento, excepto en los casos señalados en ésta u otras leyes, debiendo para ello solicitar y firmar el alta voluntaria. Si no lo hiciera así, corresponderá darle el alta a la dirección del centro. Todo esto sin perjuicio de que el o la paciente pueda recibir otros tratamientos alternativos, curativos o paliativos y sanitarios.
3 Derecho a otorgar el consentimiento por sustitución y a manifestar sus instrucciones previas al amparo de lo establecido en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, y en la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la anterior, y disposiciones concordantes.
4. Derecho a elegir médico general y pediatra de entre los que presten sus servicios en la zona sanitaria de su lugar de residencia en conformidad con las normas reglamentarias que resulten de aplicación.
5. Derecho a una segunda opinión médica con el objetivo de fortalecer la relación médico-paciente y complementar las posibilidades de la atención sanitaria.

6. Derecho a disponer de los tejidos y muestras biológicas que provienen de biopsias o extracciones en su proceso asistencial, con la finalidad de conseguir una segunda opinión médica y garantizar la continuidad asistencial.

7. Derecho a rechazar aquellas acciones preventivas que se propongan, para situaciones que no impliquen riesgos a terceros, sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa sanitaria de aplicación.

8. Derecho a rechazar la participación en procedimientos experimentales como alternativa terapéutica para su proceso asistencial.

9. Derecho a rechazar el uso o conservación, fuera de su proceso asistencial, de sus tejidos y muestras biológicas que provengan de biopsias, extracciones o nacimientos y, por tanto, derecho a que se proceda a su eliminación como residuo sanitario.

Artículo 9. *Derechos relacionados con la confidencialidad e información.*

1. El derecho a la confidencialidad se concreta en:

a) Derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud, de sus datos referidos a creencias, religión, ideología, vida sexual, origen racial o étnica, malos tratos y otros datos especialmente protegidos. En todo caso, el grado de confidencialidad, entendido como la identificación del destinatario y el contenido de la información que puede suministrarse, será decidido por el o la paciente, excepto en los casos en que legalmente se contemple el deber de información.

b) Derecho a la confidencialidad de la información de su genoma y que éste no pueda ser utilizado para ninguna forma de discriminación.

Los datos personales a que se refiere este apartado 1 se someterán al régimen de protección establecido en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

2. El derecho a la información en su proceso asistencial se concreta en:

a) Derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvo en los supuestos exceptuados por la ley. La información, como regla general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, y comprenderá, como mínimo, la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias. La información clínica será verdadera y se comunicará al o a la paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades como ayuda para tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

b) Derecho a renunciar a recibir información.

c) Derecho a ser informado o informada y advertido o advertida acerca de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos aplicados van a ser empleados en un proyecto docente o de investigación, lo que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso, será imprescindible el consentimiento previo por escrito del o la paciente y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

d) Derecho a solicitar y a obtener información comprensible y adecuada sobre el coste de las prestaciones y servicios de salud recibidos.

e) Derecho a conocer los requisitos de uso de las prestaciones y servicios de salud en relación a su proceso asistencial.

3. El derecho a la información sobre sus derechos, deberes, servicios y programas del Sistema Público de Salud de Galicia se concreta en:

a) Derecho a ser informado o informada de los planes, programas y acciones que se están desarrollando en el Sistema Público de Salud de Galicia, de forma comprensible y mediante los mejores cauces.

b) Derecho a disponer en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios del sistema público de una carta de derechos y deberes, y a que ésta sea facilitada como marco de relación entre el centro sanitario y sus usuarios y usuarias.

c) Derecho a conocer la cartera de servicios como marco de compromiso entre el centro sanitario y sus usuarios y usuarias.

4. Derecho a ser informado o informada por la autoridad sanitaria de los problemas de salud que le afecten y sobre los riesgos sanitarios para su salud, mediante información difundida en términos comprensibles, veraces y adecuados.

5. Derecho a recibir información epidemiológica ante un riesgo grave y probado para la salud pública.

6. Derecho a la utilización de nuevas tecnologías de la información y comunicación para potenciar la interacción electrónica entre la ciudadanía y el Sistema Público de Salud.

7. Para garantizar la confidencialidad de los datos relativos al o la paciente, mediante una norma legal se regulará el personal que pueda acceder a los datos del o la paciente.

8. Para garantizar la mejor información sobre la historia clínica del o la paciente, teniendo en cuenta las nuevas tecnologías, los datos de la misma estarán disponibles en tres idiomas (gallego, castellano e inglés), haciendo para ello las adaptaciones técnicas necesarias.

Artículo 10. *Derechos relacionados con la documentación sanitaria.*

Son derechos relacionados con la documentación sanitaria:

1. Derecho del o la paciente a que quede constancia por escrito o en soporte técnico apropiado de todo su proceso y que al finalizar el episodio asistencial se le entregue el informe de alta hospitalaria, de interconsulta de atención hospitalaria y de urgencias.

2. Derecho a acceder a su historia clínica y a obtener los informes y resultados de las exploraciones que sobre su estado de salud o enfermedad se incluyan en la misma, así como una copia de dichos documentos, de acuerdo con lo establecido en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y disposiciones concordantes.

3. Derecho a que se le faciliten los informes o certificaciones acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos, cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

Artículo 11. *Derechos relacionados con las sugerencias y reclamaciones.*

Son derechos relacionados con las sugerencias y reclamaciones:

1. Derecho a emplear los procedimientos ágiles y efectivos de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito en los plazos establecidos reglamentariamente.

2. Derecho al libre acceso al vicevaledor o vicevaledora del paciente.

3. Se desarrollarán las medidas necesarias para que todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios tengan permanentemente a disposición de los usuarios y usuarias formularios de sugerencias y reclamaciones, estando al mismo tiempo habilitados cauces en la web institucional.

Artículo 12. *Derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios por parte del Sistema Público de Salud de Galicia.*

Son derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios:

1. Derecho a la humanización de la asistencia sanitaria evidenciada en la calidad humana de la prestación de los servicios sanitarios y a la incorporación de los adelantos científicos a la misma, que habrá de ser adecuada a los valores, creencias y culturas de la ciudadanía.

2. Derecho a obtener una garantía de demoras máximas, de modo que determinadas prestaciones sanitarias financiadas públicamente les sean dispensadas en unos plazos previamente definidos y conocidos.

3. Derecho a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud.

4. Derecho a la utilización de las ventajas de las nuevas tecnologías genómicas dentro del marco legal vigente.

5. Derecho a la asignación de personal facultativo, quien será su interlocutor principal con el equipo asistencial, y, en su caso, del personal de enfermería responsable del

seguimiento y plan de cuidados. En el caso de ausencia, las personas sustitutas asumirán tal responsabilidad.

6. Derecho a la educación sanitaria y a la información adecuada que propicien la adopción de hábitos y estilos de vida saludables.

7. Derecho a medidas de protección de la salud frente a riesgos ambientales y laborales, generales o específicos.

8. Derecho a medidas de prevención de la enfermedad de probada efectividad y seguridad.

9. Derecho a la continuidad asistencial, a la coordinación y a la integración de las funciones asistenciales de la atención primaria y hospitalaria.

10. Derecho a conocer e identificar, de forma rápida y clara, el personal que le presta asistencia sanitaria. Para la eficacia de este derecho, el personal que preste dicha asistencia llevará siempre visible su tarjeta identificativa.

11. Derecho de las mujeres en los periodos de embarazo, lactación y menopausia a disponer de programas específicos.

12. Derecho de las mujeres que sufren o hayan sufrido violencia de género a la atención sanitaria, incluido el derecho a asistencia psicológica gratuita y al seguimiento de la evolución de su estado de salud, hasta su total restablecimiento. Se tratará, en todo caso, de servicios gratuitos y accesibles con carácter prioritario, que garanticen la privacidad e intimidad de las mujeres.

13. Derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, en todos los supuestos contemplados por la normativa vigente de aplicación.

14. Derecho a que los servicios y actividades sanitarias o asistenciales que el Sistema Público de Salud de Galicia contrate con el sector privado de asistencia sanitaria se ajusten a los mismos parámetros, estándares, derechos o criterios de actuación exigibles para los del propio Sistema Público de Salud de Galicia.

Artículo 13. *Derechos relacionados con la participación.*

La ciudadanía de la Comunidad Autónoma de Galicia tendrá derecho a participar, en los términos establecidos en la presente ley, en la gestión del Sistema Público de Salud de Galicia, a través de los órganos de participación comunitaria.

Artículo 14. *Derechos relacionados con grupos especiales.*

1. Las personas menores, las mayores dependientes, las enfermas mentales y terminales, las enfermas que padecen enfermedades crónicas y discapacitantes, los y las pacientes diagnosticados de enfermedades raras o de baja incidencia en la población y las personas pertenecientes a grupos de riesgo, en tanto que colectivos que deben ser objeto de especial atención por las administraciones sanitarias competentes, tienen derecho a actuaciones y/o programas sanitarios específicos y preferentes, los cuales se ejecutarán a través de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Público de Salud de Galicia.

2. Las personas enfermas mentales, además de los derechos señalados en los apartados anteriores, disfrutan de los derechos siguientes:

a) En los ingresos voluntarios, si desapareciera la plenitud de facultades durante el internamiento, a que la dirección del centro solicite la correspondiente ratificación judicial para su continuación, en los términos establecidos en el artículo 763 de la Ley de enjuiciamiento civil.

b) En los ingresos forzosos, el derecho a que se reexamine periódicamente la necesidad del internamiento, en los términos del precepto a que se refiere la letra anterior.

c) La personas enfermas mentales menores de edad tienen derecho al internamiento en centros o unidades de salud mental infanto-juvenil.

3. A las personas enfermas terminales, además de los derechos señalados en el apartado 1, se les reconocen los derechos siguientes:

a) Al rechazo de tratamientos de soporte vital que prolonguen sin necesidad su sufrimiento.

b) Al adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos.

c) A la posibilidad de decidir la presencia de personas con las que mantenga vínculos familiares o de hecho en los procesos que requieran hospitalización.

4. Las personas menores y las dependientes que vivan o padezcan situaciones de violencia de género tendrán derecho a asistencia psicológica gratuita, que comprenderá medidas de apoyo psicosocial específicas y adaptadas a sus características y necesidades.

5. A las personas con discapacidad les será de aplicación lo previsto en el artículo 25, apartados b), c), d) y f), de la Convención de derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España el 30 de marzo de 2007.

6. Accesibilidad universal. Conforme a lo previsto en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, así como en el artículo 9 de la Convención de la Organización de las Naciones Unidas-ONU, se garantiza el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a las instalaciones y servicios sanitarios, de acuerdo con los principios de normalización, accesibilidad universal, diseño para todos y transversalidad.

CAPÍTULO III

Deberes sanitarios

Artículo 15. *Deberes.*

La ciudadanía, en relación con las instituciones y organismos del Sistema Público de Salud de Galicia, tiene los deberes y obligaciones individuales siguientes:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.

2. Mantener el debido respeto al personal que presta sus servicios en el ámbito del sistema público.

3. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.

4. Usar adecuadamente los recursos, servicios y prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.

5. Mantener la debida observancia de las normas establecidas en cada centro.

6. Firmar los documentos de alta voluntaria cuando no desee la continuidad del tratamiento que se le dispensa. No obstante, el hecho de no aceptarla no determinará el alta inmediata cuando existan otros tratamientos alternativos, curativos o paliativos y el o la paciente desee recibirlos. En este último caso, tal situación habrá de quedar debidamente documentada después de la información correspondiente.

7. Cooperar con las autoridades sanitarias en la protección de la salud y la prevención de las enfermedades.

8. Facilitar información veraz de los datos de filiación, identificación y del estado de salud que sean necesarios en su proceso asistencial o sean solicitados por razones de interés general debidamente motivadas.

9. Aceptar el alta cuando hubiera terminado su proceso asistencial, cuando se hubiera comprobado que la situación clínica del o la paciente no mejoraría prolongando su estancia o cuando la complejidad del proceso aconseje su traslado a un centro de referencia.

10. Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se le otorguen a través de la presente ley.

11. Comunicar al sistema sanitario, a la mayor brevedad posible, la no utilización por cualquier causa de un servicio programado previamente.

12. También estarán sujetos a los deberes establecidos en los apartados 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 10 las personas familiares o acompañantes de los usuarios y usuarias del sistema sanitario.

CAPÍTULO IV

Garantía de los derechos y deberes sanitarios

Artículo 16. *Garantías normativas y de organización.*

1. El Estatuto del o la paciente, entendido como el conjunto de derechos y deberes relatados en los artículos precedentes, se definirá y concretará mediante normas e instrumentos jurídicos que regulen su alcance, desarrollo y contenido.

2. Las actuaciones que se adopten en desarrollo del estatuto jurídico del o la paciente irán dirigidas a:

a) Disponer de los cauces de información suficientes, adecuados y comprensibles sobre los derechos, deberes y garantías sanitarias.

b) Velar por el efectivo cumplimiento de los derechos, deberes y garantías sanitarias según dispongan las leyes, normas y reglamentos que los desarrollen, garantizando además la eliminación de cualquier tipo de desigualdad.

c) Adoptar las medidas organizativas, de gestión y de comunicación que fomenten la satisfacción de la ciudadanía respecto a un sistema sanitario orientado a ella. d) Establecer mecanismos de arbitraje y conciliación.

3. Las infracciones por violaciones de estos derechos y el incumplimiento de los deberes estarán sometidos al régimen sancionador previsto en la presente ley, sin perjuicio de la responsabilidad de cualquier orden en que pudiera incurrir su autor o autora según la legislación vigente.

4. Todos los centros, servicios y establecimientos y su personal sometidos a la presente ley tienen la obligación de adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos reconocidos en la misma. Los poderes públicos de Galicia velarán por su adecuado cumplimiento.

5. Las autoridades sanitarias proporcionarán información pública de cada área sobre indicadores de calidad de los servicios, coberturas de programa, listas de espera y eficiencia de los procesos del Sistema Público de Salud de Galicia.

Artículo 17. *Garantías de sostenibilidad.*

El desarrollo normativo y organizativo de los derechos sanitarios tendrá en cuenta los principios de:

a) Optimización de la eficiencia en costes de todos sus niveles orgánicos y asistenciales.

b) Sostenibilidad financiera del sistema sanitario en su conjunto y de manera integral, teniendo en cuenta aspectos como la dispersión, el envejecimiento y la comorbilidad de la población.

CAPÍTULO V

De la defensa y promoción de los derechos de los usuarios y usuarias del Sistema Público de Salud de Galicia

Artículo 18. *Objeto y naturaleza.*

Las atribuciones del Valedor del Pueblo con relación a la Administración sanitaria serán ejercidas por su titular o en caso de delegación a través de su adjunto o adjunta, que tendrá la consideración de valedor o valedora del paciente y tendrá atribuida la defensa y promoción de los derechos e intereses de los usuarios y usuarias del Sistema Público de Salud de Galicia, bajo la supervisión del valedor del pueblo.

Artículo 19. *Ámbito de actuación.*

Las actuaciones del valedor del pueblo o de su adjunto como valedor o valedora del paciente tendrán como ámbito el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Habida cuenta el peso de la emigración en nuestra comunidad autónoma, el ámbito de actuación del valedor o valedora del paciente comprenderá también a aquellos centros

sanitarios e instituciones que tengan una relación contractual o de convenio con la Xunta de Galicia, aunque se encuentren fuera de la comunidad.

Artículo 20. *Actuaciones.*

1. En el ejercicio de sus atribuciones, el valedor del pueblo, directamente o a través de su adjunto, podrá iniciar y proseguir de oficio, o a petición de parte, cualquier investigación que conduzca al esclarecimiento de los actos y resoluciones de la administración relacionados con los servicios sanitarios y sociosanitarios.

2. Podrá dirigir sugerencias o reclamaciones, en ese aspecto, a la oficina del Valedor del Pueblo, directamente o a través de su adjunto, toda persona natural o jurídica que invoque un interés legítimo con relación a situaciones de lesión de los derechos de los pacientes reconocidos en la presente ley.

3. Se excluye de lo dispuesto en el apartado anterior a la autoridad administrativa en asuntos de su competencia, excepto cuando ejerza como responsable directo de una persona menor de edad o incapacitada legalmente en su condición de usuaria.

Artículo 21. *Facultades.*

El valedor o valedora del pueblo, sea directamente o a través de su adjunto, tendrá acceso directo a cualquier centro sanitario o de carácter administrativo de la Comunidad Autónoma y, con sujeción a la normativa de protección de datos, a cualquiera de sus archivos y registros.

CAPÍTULO VI

Participación social

Artículo 22. *Aspectos generales.*

1. Con arreglo a lo establecido en los artículos 9.2 y 129.1 de la Constitución española y en los artículos 5 y 53 de la Ley 14/1986, general de sanidad, así como en el artículo 13 de la presente ley, la ciudadanía de la Comunidad Autónoma gallega tiene el derecho a participar, a través de los órganos de participación comunitaria, en la gestión del Sistema Público de Salud de Galicia, en las cuestiones que afecten directamente a la calidad de vida o al bienestar general y, en concreto, en la formulación de la política sanitaria y el control de su ejecución.

2. La participación en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución constituye un derecho de la ciudadanía y de la sociedad en general, un valor social y un instrumento de cooperación e información en el ámbito del Sistema Público de Salud de Galicia, para la mejora de la salud y el bienestar de la ciudadanía.

3. Las distintas organizaciones que componen el Sistema Público de Salud de Galicia deberán incorporar sistemáticamente la visión y percepción de la sociedad en la elaboración de normativas, políticas y planes de actuación sanitaria.

4. El derecho de participación supone 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 23. *Órganos de participación social.*

1. La participación social se realizará a través del Consejo Gallego de Salud, de ámbito comunitario, de los consejos de salud de área, de los consejos de salud de distrito, en el ámbito propio de los mismos, del Consejo Asesor de Pacientes y de otros posibles órganos de participación que reglamentariamente se establezcan, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 53, puntos 2 y 3, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

2. Estos órganos desarrollarán funciones consultivas y de asesoramiento en la formulación de planes y objetivos generales en el ámbito territorial respectivo, así como de seguimiento y evaluación de los resultados de ejecución.

3. Los miembros de los órganos de participación tendrán derecho a la información relativa a las materias sobre las que tengan competencia, con acceso y consulta, en

cualquier momento y en un tiempo razonable, respecto de datos o documentos de los que disponga la administración de la que dependa el órgano consultivo.

4. En la composición de estos órganos, que se determinará por decreto del Consejo de la Xunta, habrá representación, como mínimo, de la Secretaría General de Igualdad, de los ayuntamientos, de los colegios oficiales de profesionales sanitarios, de las asociaciones de pacientes, así como de las organizaciones empresariales, de las organizaciones sindicales y de otras entidades y organizaciones del ámbito sanitario, de forma que quede garantizada la participación efectiva de todas las personas interesadas y se pueda contar con una visión y percepción amplia de la sociedad.

5. En la composición de estos órganos se procurará una presencia equilibrada de mujeres y hombres.

Artículo 24. *Consejo Gallego de Salud.*

1. El Consejo Gallego de Salud es el órgano colegiado de participación comunitaria en el Sistema público de salud de Galicia al que le corresponde el asesoramiento a la consejería competente en materia de sanidad en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

2. Son funciones del Consejo Gallego de Salud las siguientes:

a) Presentar propuestas de mejora de la atención sanitaria en el ámbito autonómico.

b) Proponer medidas de carácter sanitario trasladando a la consejería competente en materia de sanidad las iniciativas que tengan como finalidad elevar el nivel de salud de la población.

c) Conocer el plan de salud de la Comunidad Autónoma y ser informado de su evaluación.

d) Promover la participación ciudadana, y trasladar las iniciativas que en el ámbito sanitario presenten los distintos sectores y colectivos sociales.

e) Conocer e informar sobre las prestaciones sanitarias y la cartera de servicios del Sistema público de salud de Galicia.

f) Ser informado sobre el proyecto de presupuestos del Servicio Gallego de Salud y el de la Consejería de Sanidad y conocerlos.

g) Conocer el anteproyecto de memoria anual del Sistema público de salud de Galicia.

h) Elaborar y aprobar su reglamento de funcionamiento interno.

i) Conocer del documento de prioridades sanitarias que elabore la consejería competente en materia de sanidad, de conformidad con 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, teniendo en cuenta los criterios establecidos por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

j) Aquellas otras que le sean atribuidas por las leyes o por los reglamentos.

3. La composición, funcionamiento y régimen jurídico, tanto del Consejo Gallego de Salud como de los consejos de salud de área y de los consejos de salud de distrito, serán establecidos por decreto aprobado por el Consejo de la Xunta.

4. En todo caso, las personas representantes de los colectivos y entidades que formen parte del Consejo serán elegidas por las propias entidades representadas.

5. Reglamentariamente se podrán establecer otros órganos de participación y consulta para ámbitos concretos, referidos a la actividad asistencial, con la determinación de su vinculación orgánica, composición y sus funciones administrativas. En la composición de estos órganos se procurará una presencia equilibrada de mujeres y hombres.

Artículo 25. *Los consejos de salud de área.*

1. Los consejos de salud de área son los órganos colegiados de participación social en el ámbito territorial de las áreas sanitarias, conforme a lo indicado en los artículos 67 y 68.

2. Los consejos de salud de área tendrán las siguientes funciones:

a) Proponer a los órganos de dirección del área aquellas medidas de carácter sanitario que contribuyan a elevar el nivel de salud de la población.

b) Conocer el plan de salud y el documento estratégico del área sanitaria, y ser informados de su evaluación.
c) Conocer la memoria anual del área sanitaria.
d) Proponer medidas dirigidas a mejorar la gestión sanitaria.
e) Elaborar y aprobar su reglamento de funcionamiento interno.
f) Aquellas otras que les sean atribuidas por otras leyes o reglamentos.

Artículo 25 bis. *Los consejos de salud de distrito.*

1. Los consejos de salud de distrito son los órganos colegiados de participación social en el ámbito territorial de los distritos sanitarios, conforme a lo indicado en los artículos 67 y 69.
2. Los consejos de salud de distrito tendrán las siguientes funciones:

a) Proponer a los órganos de dirección del distrito aquellas medidas de carácter sanitario que contribuyan a elevar el nivel de salud de la población.
b) Conocer la cartera de servicios y la estructura organizativa y técnica de los centros sanitarios del distrito.
c) Conocer los mapas de derivaciones, según patologías, dependiendo de la cartera de servicios de los centros sanitarios del distrito.
d) Conocer las inversiones y mejoras implantadas en los centros sanitarios del distrito.
e) Elaborar y aprobar su reglamento de funcionamiento interno.
f) Aquellas otras que les sean atribuidas por otras leyes o reglamentos.

Artículo 26. *Otras formas de participación social: las comisiones de participación ciudadana.*

1. Por orden de la persona titular de la Consellería de Sanidad podrán establecerse órganos de participación comunitaria a otros niveles territoriales y funcionales del Sistema Público de Salud de Galicia con la finalidad de asesorar a los correspondientes órganos directivos e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de conseguir mayores niveles de salud.
2. Corresponde a la persona titular de la Consellería de Sanidad, mediante orden, regular la composición y establecer las normas generales de organización y funcionamiento de los órganos a que se refiere el apartado anterior.
3. Estos órganos de participación podrán incluir, además del personal y de los representantes de equipo directivo que se considere, entre otros, representantes de los colegios profesionales sanitarios, sociedades científicas, asociaciones, entidades locales y consumidores y usuarios, así como personas físicas y jurídicas de reconocido prestigio en el campo de las ciencias de la salud.
4. En la composición de estos órganos se procurará una composición paritaria de mujeres y hombres.

Artículo 26 bis. *Los consejos asesores de pacientes.*

1. El Consejo Asesor de Pacientes de Galicia es el órgano de participación, en el ámbito territorial gallego, de las asociaciones en las que se agrupan los pacientes, y tiene como finalidad la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria a través de la percepción de los propios pacientes.
2. En las áreas sanitarias existirán consejos asesores de pacientes de área como órganos de participación de las asociaciones en las que se agrupan los pacientes en el ámbito territorial de las respectivas áreas.
3. La composición y el régimen de funcionamiento de estos órganos se establecerán por orden de la consejería competente en materia de sanidad. En la composición de estos órganos se procurará una presencia equilibrada de mujeres y hombres.

Artículo 27. *Del voluntariado.*

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 3/2000, de 22 de diciembre, de voluntariado social de Galicia, y en la Ley 3/2003, de 19 de junio, de cooperación para el desarrollo, o en otras normas sectoriales, en el ámbito estrictamente sanitario podrá reconocerse la

colaboración desinteresada, individual o colectiva, dentro del Sistema Sanitario Público de Salud de Galicia, entendida como la expresión de un compromiso libre y altruista con la sociedad, que se desarrolla individualmente o dentro del marco de aquellas organizaciones sociales cuyo objetivo sea la mejora de la calidad de vida, que no tengan afán de lucro y que estén integradas principalmente por voluntarios y voluntarias o cooperantes.

2. El departamento de la Xunta de Galicia competente en materia de voluntariado facilitará la colaboración y cooperación con el Sistema Público de Salud de Galicia, habilitando los cauces necesarios para que las aportaciones desinteresadas, individuales o colectivas, puedan ser efectivas.

3. Se excluye de aquella colaboración y cooperación el ejercicio de funciones o tareas propias de los empleados públicos.

4. La colaboración de las organizaciones de voluntarios y voluntarias o cooperantes con las organizaciones sanitarias adscritas o vinculadas a la Consellería de Sanidad podrá instrumentarse, en su caso, a través de convenios, conciertos, programas de subvenciones, etc., de conformidad con la naturaleza de la colaboración que pretenda establecerse. Ninguna colaboración, individual o colectiva, implicará relación laboral con la Administración sanitaria.

5. Reglamentariamente se establecerán los supuestos y condiciones bajo los que el personal que preste servicios en el Sistema Público de Salud de Galicia podrá prestar servicios como voluntario o cooperante, de conformidad con la normativa vigente.

CAPÍTULO VII

Participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas de Galicia

Artículo 28. *Foro de Participación Institucional de Sanidad.*

1. Conforme a lo establecido en la normativa vigente en materia de participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales, el Foro de Participación Institucional de Sanidad se configura como el marco de la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales intersectoriales gallegas más representativas.

2. A los efectos de lo que se dispone en la presente ley, se entiende por participación institucional el ejercicio de tareas y actividades de promoción y defensa en el seno de la Administración autonómica, sus organismos y empresas públicas de los intereses generales, comunes, sectoriales e intersectoriales que corresponden a todos los trabajadores y trabajadoras y a los empresarios y empresarias.

3. El Foro de Participación Institucional de Sanidad estará conformado, bajo el criterio de proporcionalidad en relación a su representatividad, por las organizaciones sindicales y empresariales intersectoriales más representativas en el ámbito de Galicia, junto con representantes de la Administración sanitaria gallega. Será, por tanto, tripartito y paritario.

4. Son organizaciones más representativas en el ámbito de Galicia, a los efectos de lo que se dispone en la presente ley, las que tengan dicha condición con arreglo a lo dispuesto en los artículos 6.2.a) y 7.1 de la Ley orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de libertad sindical, y en la disposición adicional sexta del Real decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores.

5. La designación de las personas representantes se realizará en conformidad con las propuestas formuladas por el órgano de dirección de las organizaciones representadas en el Foro de Participación Institucional de Sanidad, procurando una composición paritaria de mujeres y hombres.

Artículo 29. *Derechos y deberes en el ejercicio de la participación institucional.*

1. La representación de las organizaciones integrantes del Foro de Participación Institucional de Sanidad llevará a cabo sus tareas de participación institucional de acuerdo con los principios de buena fe negociadora y de confianza legítima.

2. Son funciones del Foro de Participación Institucional de Sanidad:

a) Conocer, con carácter previo, los anteproyectos de ley o los proyectos de normas reglamentarias de desarrollo de normas legales, con relación a las materias de ámbito sanitario.

b) Emitir dictamen con carácter previo sobre los proyectos de normas reglamentarias de desarrollo de la participación social.

c) Recibir información sobre los planes, programas y actuaciones desarrolladas sobre materias de naturaleza sanitaria.

d) Proponer y participar en la elaboración de criterios, directrices y líneas generales de actuación con relación a materias de naturaleza sanitaria.

e) Proponer a la Consellería de Sanidad la adopción de iniciativas legislativas en actuaciones concretas que estimen convenientes en las materias objeto de participación.

3. En su cometido, las personas que ejerzan funciones de participación institucional en el Foro de Participación Institucional de Sanidad tienen los deberes siguientes:

a) Asistir a las reuniones del Foro de Participación Institucional de Sanidad como órgano de participación institucional en el que las organizaciones sindicales y empresariales a las que pertenezcan tengan legalmente reconocida su presencia.

b) Custodiar los documentos a los que se tenga acceso con motivo del ejercicio del derecho de participación institucional.

c) Guardar la confidencialidad debida sobre las deliberaciones producidas en el seno del Foro de Participación Institucional de Sanidad y no utilizar la información obtenida en sus reuniones, habiendo sido declarada reservada, para fines diferentes de los que se someten a consideración.

TÍTULO II

Del Sistema Público de Salud de Galicia

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 30. *Sistema Público de Salud de Galicia.*

1. El Sistema Público de Salud de Galicia es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las competencias y funciones que sobre el primero corresponden a la Comunidad Autónoma de Galicia de conformidad con las leyes.

2. No se incluyen dentro del Sistema Público de Salud de Galicia las actividades o servicios que sean prestados con recursos no públicos.

Artículo 31. *Dirección del Sistema Público de Salud de Galicia.*

Corresponde a la Consellería competente en materia de sanidad, sin perjuicio de las competencias atribuidas al Consejo de la Xunta de Galicia, la dirección del Sistema Público de Salud de Galicia, teniendo como principales funciones de carácter estratégico las siguientes:

1. Las intervenciones que supongan ejercicio de autoridad necesarias para garantizar la tutela general de la salud.

2. La ordenación de las relaciones con las personas en el sistema de salud y las prestaciones sanitarias de cobertura pública.

3. La fijación de objetivos de mejora de la salud, de garantía de derechos sanitarios y de sostenibilidad financiera del sistema.

4. La delimitación de los dispositivos de medios de titularidad pública o adscritos al sistema, según las necesidades de salud de la población.

5. La ampliación, cuando proceda, del catálogo de prestaciones básicas ofrecidas por el Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO II

Los principios rectores de su funcionamiento

Artículo 32. *Principios rectores del Sistema Público de Salud de Galicia.*

Conforman el Sistema Público de Salud de Galicia los principios siguientes:

1. La universalidad del derecho a los servicios y prestaciones de cobertura pública.
2. La orientación hacia la ciudadanía y la participación social y comunitaria en la formulación de políticas sanitarias, así como del control de sus actuaciones.
3. La concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, la protección frente a situaciones y circunstancias que suponen riesgo para la salud, en particular la protección frente a los riesgos medioambientales, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria, así como la rehabilitación e integración social, desde la perspectiva de la asistencia sanitaria.
4. La promoción de la equidad y del equilibrio territorial en el acceso y la prestación de los servicios sanitarios. La promoción de la superación de las desigualdades sociales en salud.
5. La adecuación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de salud de la población.
6. La promoción del interés individual, familiar y social por la salud y el Sistema Público de Salud de Galicia, potenciando la solidaridad y educación sanitaria.
7. La información sobre las formas de vida saludables, los recursos y los servicios existentes.
8. La promoción del uso racional del Sistema Público de Salud de Galicia.
9. La cooperación intersectorial como elemento de cohesión de las políticas de todos los sectores con responsabilidades sobre la salud.
10. La integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos, apostando por fórmulas colaborativas en lugar de fórmulas competitivas.
11. La calidad de los servicios y mejora continua, con un énfasis especial en la calidad de la atención clínica y de la organización de los servicios, en una atención personalizada y humanizada, y de la docencia como estrategia de garantía de calidad.
12. La seguridad, efectividad y eficiencia en el desarrollo de las actuaciones, las cuales habrán de basarse en la evidencia científica disponible y los valores éticos, sociales y culturales.
13. La acreditación y evaluación continua de los servicios sanitarios prestados en la comunidad autónoma.
14. La participación e implicación de profesionales en el sistema sanitario.
15. La descentralización, desconcentración y autonomía en la gestión de los servicios sanitarios.
16. La eficacia, efectividad y eficiencia en la gestión del Sistema Público de Salud de Galicia.
17. La promoción de la investigación básica y clínica en el ámbito de las ciencias de la salud con un carácter traslacional a la práctica clínica.
18. La coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y de salud laboral.
19. La búsqueda de su suficiencia financiera y de medios.

CAPÍTULO III

Las intervenciones públicas que garantizan los derechos y deberes de la ciudadanía

Artículo 33. *Autoridad sanitaria.*

1. Dentro de sus respectivas competencias, tienen la condición de autoridad sanitaria el Consello de la Xunta de Galicia, la persona titular de la consejería con competencias en sanidad, las personas titulares de los órganos de dirección de la consejería con competencias en materia de sanidad de quien dependan la inspección de servicios sanitarios y la inspección en el ámbito de la salud pública y los alcaldes o alcaldesas. Asimismo, tienen

la condición de autoridad sanitaria las personas titulares de las jefaturas territoriales de la consejería competente en materia de sanidad en su ámbito correspondiente.

2. Corresponderá a las personas titulares de los órganos citados, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecer las intervenciones públicas necesarias para garantizar los derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía, entre ellos los previstos en los artículos 34.12 y 38.

3. Los profesionales sanitarios y las profesionales sanitarias que, en el desempeño de sus funciones como personal empleado público, tengan asignadas funciones de detección, seguimiento y control de las enfermedades transmisibles en los supuestos de crisis sanitarias declaradas o epidemias tendrán, asimismo, la consideración de autoridad sanitaria a los efectos de la presente ley. A tal efecto, en el desempeño de sus funciones podrán recabar en todo momento la colaboración de los ciudadanos y las ciudadanas y hacer requerimientos individuales a los mismos y las mismas, por razones sanitarias vinculadas a la contención de la enfermedad, que serán de obligado cumplimiento.

4. Todo el personal al servicio de la Administración autonómica y local que desarrolle actividades de inspección tendrá la condición de autoridad sanitaria en el desempeño de sus funciones y a los efectos de la presente ley.

5. En ejercicio de sus funciones, las autoridades sanitarias y sus agentes podrán recabar el apoyo y la cooperación de otros funcionarios públicos y otras funcionarias públicas, incluidos los de las fuerzas y cuerpos de seguridad, así como de cualquier persona física, institución o persona jurídica.

Artículo 34. *Intervenciones públicas sobre actividades, centros y bienes.*

Las intervenciones públicas que podrán ejercer las autoridades sanitarias competentes sobre las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias para la salud son:

1. Establecer un registro único de profesionales del Sistema de Salud de Galicia, el cual será desarrollado reglamentariamente siguiendo la clasificación establecida en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

2. Establecer sistemas de información y registro sobre patologías, peligros y riesgos para la salud o poblaciones específicas.

3. Establecer las exigencias de autorizaciones por razones sanitarias a empresas, productos y actividades.

4. Establecer prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de bienes y productos, cuando supongan un perjuicio o amenaza para la salud mediante normativa.

5. Establecer las exigencias de las autorizaciones de los centros sanitarios de la comunidad autónoma.

6. Establecer, controlar e inspeccionar las condiciones higiénico-sanitarias, de funcionamiento y desarrollo de actividades que puedan tener repercusión sobre la salud de las personas.

7. Controlar la publicidad y propaganda de productos y actividades que puedan tener incidencia sobre la salud, a fin de ajustarla a criterios de veracidad y evitar lo que pueda constituir un perjuicio para ésta.

8. Controlar e inspeccionar el funcionamiento de las entidades, instalaciones y actividades que tengan su funcionamiento regulado sanitariamente.

9. Controlar la actividad asistencial prestada a través de mutualidades y compañías aseguradoras, vinculadas al principio de universalidad de las prestaciones.

10. Tomar muestras y analizar los productos o componentes de la producción que puedan tener repercusión sobre la salud de la población.

11 Exigir certificaciones o dictamen sanitario de productos antes de su entrada en el mercado.

12. Adoptar las medidas preventivas que se estimen pertinentes en caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud. A tal efecto, la autoridad sanitaria competente podrá proceder a la incautación o inmovilización de productos, la suspensión del ejercicio de actividades, el cierre de empresas o de sus instalaciones, la intervención de medios materiales y personales y cuantas otras

medidas se estimen sanitariamente justificadas. La duración de las medidas a que se refiere este apartado se fijará para cada caso, sin perjuicio de las prórrogas sucesivas acordadas por resoluciones motivadas, no excediendo de lo que exija la situación de riesgo extraordinario que las justificó. Podrá, asimismo, adoptar medidas preventivas en materia de salud pública en los términos previstos en el artículo 38.

13. Incoar un expediente sancionador en los casos que sean reconocidos como faltas tipificadas en la legislación vigente.

14. Cualquier otra intervención conducente a establecer normativamente los requisitos y condiciones que, desde el punto de vista sanitario, han de reunir todos los centros, actividades y bienes que puedan suponer un riesgo para la salud, así como vigilar, controlar e inspeccionar, de la forma establecida en las correspondientes normas, su cumplimiento.

15. Establecer prohibiciones, limitaciones y estrategias de prevención del consumo de bebidas alcohólicas para avanzar en la desnormalización de su consumo por las personas menores de edad. Con esta finalidad, y por disposición directa de la presente ley, queda prohibido el consumo en grupo de bebidas alcohólicas en la vía pública, parques y plazas públicas y otros lugares de tránsito público.

Artículo 35. *Intervenciones públicas sanitarias en materia de salud laboral.*

1. La Xunta de Galicia promoverá actuaciones en materia sanitaria referentes a la salud laboral, en el marco de lo dispuesto en la Ley 14/1986, general de sanidad, y en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.

2. La Consellería de Sanidad, los organismos y las entidades dependientes de ella, en el ámbito de sus competencias, desarrollarán la prevención, protección, promoción y mejora de la salud integral de sus trabajadores y trabajadoras.

3. Sin perjuicio de las competencias atribuidas a las restantes administraciones públicas de Galicia, y en coordinación con ellas, corresponde a la Consellería de Sanidad en materia de salud laboral el ejercicio de las funciones siguientes:

a El desarrollo en la Comunidad Autónoma de Galicia de los sistemas de información sanitaria ordenados a determinar la morbilidad y mortalidad por patologías profesionales, de manera integrada con el resto de sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

b) La elaboración y aprobación de los protocolos de vigilancia sanitaria específica según los riesgos para la detección precoz de problemas de salud que puedan afectar a los trabajadores y trabajadoras en el desarrollo de sus tareas.

c) 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.

d) La realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de patologías que, con carácter general, puedan verse producidas o agravadas por las condiciones de trabajo.

e) La inspección, supervisión y registro de los servicios de prevención autorizados o que soliciten autorización para su reconocimiento como tales en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, en lo que alcanza a los aspectos sanitarios.

f) La supervisión de la formación que, en el terreno de prevención y promoción de la salud laboral, haya de recibir el personal sanitario de los servicios de prevención autorizados.

g) Todas aquellas funciones que la normativa vigente le encomiende en materia de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, entidades colaboradoras de la Seguridad Social, mutuas aseguradoras, incapacidad temporal y servicios de prevención de riesgos laborales, promoviendo la mejora en la vigilancia y control de la salud de los trabajadores y trabajadoras, incluyendo la prescripción en la asistencia médico-farmacéutica derivada de contingencias profesionales a través del personal sanitario de los servicios de prevención, actividad que tendrá, en todo caso, carácter voluntario tanto para los trabajadores como para las empresas.

h) Cualquier otra función que pueda serle encomendada por el Consejo de la Xunta.

Artículo 36. *De las limitaciones impuestas en las intervenciones públicas sobre actividades.*

Las limitaciones impuestas dentro de las intervenciones públicas especificadas en los artículos anteriores seguirán los principios siguientes:

a) Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.
b) Minimización de la incidencia sobre la libre circulación de personas y bienes, la libertad de empresa y cualquier otro derecho.
c) Prohibición de ordenar medidas obligatorias que supongan riesgo para la vida.
d) Proporcionalidad a los fines que en cada caso se persigan.

Artículo 37. *De la inspección de servicios sanitarios y de salud pública.*

1. El personal que realice funciones de inspección de servicios sanitarios y de salud pública tiene carácter de autoridad sanitaria en el ejercicio de las funciones que tiene encomendadas.
2. El personal al servicio de la Administración sanitaria que actúe en el ejercicio de las funciones de inspección y acreditando su identidad estará autorizado para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación en cualquier momento en todo centro, servicio o establecimiento sujeto a esta ley.
b) Proceder a realizar las pruebas, las investigaciones o los exámenes que considere necesarios para comprobar el cumplimiento de esta ley y de las normas que se aprueben para su desarrollo.
c) Tomar o sacar muestras con la finalidad de comprobar el cumplimiento de lo previsto en la normativa sanitaria vigente. La toma de muestras no generará por sí misma derecho a indemnización, excepto que se acredite la concurrencia de los supuestos previstos legalmente como generadores de una eventual responsabilidad derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.
d) Realizar cuantas actuaciones sean necesarias para el cumplimiento de las funciones de inspección que ejerza.
e) Comunicar inmediatamente a la autoridad sanitaria competente la situación de riesgo grave e inmediato para la salud que detecte. Asimismo, y sin perjuicio de dicha obligación de comunicación, el personal de la inspección podrá proceder a adoptar las medidas cautelares temporales necesarias y proporcionadas durante la visita de control oficial, tales como la inmovilización de productos, la suspensión temporal de actividades u otras, que se estimen necesarias y proporcionadas, a fin de evitar perjuicios para la salud en casos de urgencia inaplazable por existencia de un riesgo grave e inminente para la salud. Estas medidas se adoptarán de manera motivada, con inclusión de la motivación en la correspondiente acta de inspección, y se dará cuenta inmediata de las actuaciones realizadas al órgano competente para la incoación del procedimiento sancionador, que deberá confirmar, modificar o levantar las medidas en el acuerdo de iniciación del procedimiento, el cual deberá efectuarse dentro de los quince días siguientes a la adopción de aquellas. En todo caso, las medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento en dicho plazo, o cuando el acuerdo de iniciación no contenga un pronunciamiento expreso sobre ellas.

3. Los hechos constatados por funcionarios o funcionarias a los que se les reconoce la condición de autoridad y que se formalicen en documento público con observancia de los requisitos legales pertinentes tendrán valor probatorio, sin perjuicio de las pruebas que en defensa de los respectivos derechos o intereses puedan señalar o aportar los propios ciudadanos y ciudadanas, de acuerdo con el artículo 77.5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

4. En los supuestos de crisis sanitarias o epidemias, la autoridad sanitaria autonómica y local podrá encomendar el ejercicio de funciones de inspección de salud pública, en caso de insuficiencia de medios, a otros cuerpos de funcionarios y funcionarias dependientes de la misma, para la vigilancia del cumplimiento de las normas y medidas de prevención adoptadas para hacer frente a las situaciones indicadas. Este personal, en el desarrollo de las funciones de inspección, tendrá la condición de autoridad sanitaria.

Artículo 38. *Medidas preventivas en materia de salud pública.*

1. Al objeto de proteger la salud pública, las autoridades sanitarias autonómicas y locales, dentro del ámbito de sus competencias, podrán adoptar medidas preventivas de obligado cumplimiento cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y grave para la salud de la población. Estas medidas podrán consistir en:

a) La incautación o inmovilización de productos.
b) La suspensión del ejercicio de actividades.
c) El cierre de empresas o de sus instalaciones.
d) La intervención de medios materiales o personales.
e) Limitaciones de aforo.
f) Limitaciones de horarios de apertura y/o cierre de establecimientos, lugares o actividades.
g) Medidas de seguridad sanitaria e higiene en determinados lugares y/o para el desarrollo de actividades.
h) La obligación de elaboración de protocolos o planes de contingencia en determinados lugares y/o para el desarrollo de actividades.
i) Medidas de autoprotección individual, tales como el uso de mascarilla y/o de otros elementos de protección, y el mantenimiento de distancias de seguridad interpersonal o entre mesas o agrupaciones de mesas en los locales abiertos al público y en las terrazas al aire libre.
j) La intervención de centros de servicios sociales en los términos previstos en el artículo siguiente.
k) La obligación de suministro de datos necesarios para el control y la contención del riesgo para la salud pública de que se trate y el registro de los datos suministrados, en especial de datos que permitan la identificación de personas procedentes de lugares o asistentes a actividades o establecimientos que presenten un riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas, al objeto de que las autoridades sanitarias puedan desarrollar su labor de control e investigación epidemiológica de brotes o situaciones de especial riesgo para la salud de la población. En todo caso, los datos registrados serán los estrictamente indispensables para cumplir con dicha finalidad de control y contención del riesgo, siendo tratados los datos de carácter personal con estricto respeto a la normativa en materia de protección de datos.
l) Ordenar a los ciudadanos y las ciudadanas la prestación de servicios personales, de acción u omisión, siempre de forma proporcionada a la situación de necesidad.
m) Cualesquiera otras medidas ajustadas a la legalidad vigente y sanitariamente justificadas.

2. Asimismo, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias autonómicas, dentro del ámbito de sus competencias, cuando así lo exigiesen razones sanitarias de urgencia o necesidad:

a) Podrán adoptar medidas preventivas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.
b) A fin de controlar las enfermedades transmisibles, además de realizar las acciones preventivas generales y de la posible adopción de las medidas preventivas previstas en el número 1 de este precepto, podrán adoptar las medidas oportunas para el control de las personas enfermas, de las personas que estén o hayan estado en contacto con ellas y del ambiente inmediato, así como las que se estimen necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible. **En particular, podrán adoptarse las siguientes medidas preventivas:**

1.ª) Medidas de control de las personas enfermas, cuando fuera procedente, como el aislamiento en domicilio, el internamiento en centro hospitalario o el aislamiento o internamiento en otro lugar adecuado para tal fin.
2.ª) Sometimiento de las personas enfermas a tratamiento adecuado.

3.ª) Medidas de control de las personas que estén o hayan estado en contacto con las personas enfermas, como el sometimiento a una cuarentena en el domicilio o en otro lugar adecuado para tal fin. A estos efectos, se entenderá por cuarentena la restricción de las actividades y la separación, de las demás personas que no están enfermas, de una persona respecto a la cual pueda tenerse razonablemente la sospecha de que estuvo o haya podido estar expuesta a un riesgo para la salud pública y sea una posible fuente de propagación adicional de enfermedades, de acuerdo con los principios científicos, las pruebas científicas o la información disponible.

4.ª) Sometimiento a observación o a medidas de vigilancia del estado de salud, a examen médico o a pruebas diagnósticas de personas que presenten síntomas compatibles con la enfermedad transmisible de que se trate o de personas respecto a las cuales existan otros indicios objetivos de que puedan suponer un riesgo de transmisión de la enfermedad. La observación, el examen o las pruebas serán lo menos intrusivos o invasivos posible para permitir lograr el objetivo de salud pública consistente en prevenir o contener la propagación de la enfermedad.

5.ª) Sometimiento a medidas profilácticas de prevención de la enfermedad, incluida la vacunación o inmunización, con información, en todo caso, de los posibles riesgos relacionados con la adopción o no adopción de estas medidas.

6.ª) Medidas de control del entorno inmediato de las personas enfermas o de las personas que estén o hayan estado en contacto con ellas, así como de las zonas afectadas. A estos efectos, se entenderá por zona afectada aquellos lugares geográficos en los cuales sean necesarias medidas sanitarias de control de la propagación de la enfermedad. La determinación de la zona afectada se efectuará de acuerdo con los principios de precaución y proporcionalidad, procurando, siempre que resulte posible y eficaz, actuar lo antes posible o con mayor intensidad o medida sobre las zonas concretas en que se produjese la mayor afección, para evitar perjuicios innecesarios al resto de la población.

Entre otras, estas medidas podrán consistir en:

i) Medidas que conlleven la limitación o restricción de la circulación o movilidad de las personas dentro de la zona afectada o en determinados lugares y espacios dentro de dicha zona o en determinadas franjas horarias.

ii) Medidas de control de la salida de la zona afectada o de entrada en la misma.

iii) Restricciones a las agrupaciones de personas, incluidas las reuniones privadas entre no convivientes, especialmente en los lugares y espacios o con ocasión del desarrollo de actividades que conlleven un mayor riesgo de propagación de la enfermedad; todo ello sin perjuicio de las competencias estatales en relación con las reuniones en lugares de tránsito público y las manifestaciones realizadas en ejercicio del derecho fundamental regulado en el artículo 21 de la Constitución española.

iv) Medidas de cribado consistentes en la realización de pruebas diagnósticas de determinados sectores o grupos de la población particularmente afectados o vulnerables.

Las restricciones a los desplazamientos y agrupaciones de personas enumeradas anteriormente nunca podrán ser absolutas, debiendo expresar con claridad y precisión los desplazamientos y agrupaciones que se restringen, actuando con preferencia sobre los desplazamientos y agrupaciones por razones meramente recreativas y de ocio. Habrán de admitirse, en todo caso, aquellos desplazamientos y agrupaciones que se desarrollen por motivos esenciales o justificados compatibles con la protección de la salud, sin perjuicio, en su caso, de los controles o medidas de prevención adicionales que pudieran establecerse.

7.ª) Aquellas otras medidas sanitarias justificadas y necesarias que, de acuerdo con los riesgos y circunstancias en cada caso concurrentes, se estimen adecuadas para impedir o controlar la propagación de la enfermedad, en función del estado de la ciencia y del conocimiento existente en cada momento, siempre con sujeción a los criterios y principios establecidos en la presente ley y, en particular, de acuerdo con el principio de proporcionalidad.

Téngase en cuenta que se declara inconstitucional y nulo el inciso destacado en el apartado 2.b), en la redacción dada por el art. único.5 Ley 8/2021, de 25 de febrero, por Sentencia del TC 136/2024, de 5 de noviembre. Ref. BOE-A-2024-25519

Artículo 38 bis. *Intervención de centros de servicios sociales.*

1. En los casos de riesgo inminente y grave para la salud de la población, como crisis sanitarias o epidemias, la autoridad sanitaria autonómica competente, en función de la situación epidemiológica y asistencial de cada centro o del territorio concreto en que este se encuentre, y siempre en atención a los principios de necesidad y proporcionalidad y a la situación de vulnerabilidad de las personas mayores o con discapacidad o de otras personas usuarias, podrá intervenir los centros de servicios sociales de carácter residencial de personas mayores y personas con discapacidad u otros centros de servicios sociales de análoga naturaleza, de carácter público o privado, y disponer una serie de actuaciones en los mismos que podrán consistir en:

a) Asumir o controlar la asistencia sanitaria de las personas residentes con el personal sanitario propio del centro.
b) Ordenar, por motivos de salud pública justificados, el alta, la baja, la reubicación y el traslado de las personas residentes a otro centro residencial, con independencia de su carácter público o privado. La adopción de estas medidas requerirá la colaboración voluntaria de las personas afectadas o, en defecto de la misma, la necesaria garantía judicial.
c) Establecer las medidas oportunas para la puesta en marcha de nuevos centros residenciales o la modificación de la capacidad u organización de los existentes.
d) Supervisar y asesorar en las actuaciones que lleve a cabo el personal sanitario y no sanitario, en su caso, del centro.
e) Designar a una persona empleada pública para dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros, que sustituirá, plena o parcialmente, al personal directivo del centro y que podrá disponer de los recursos materiales y humanos del centro residencial intervenido, así como de los recursos vinculados a la actividad sanitaria asistencial que se preste de forma habitual a las personas residentes en el mismo.
f) Apoyar puntualmente el centro con personal, si fuese necesario.
g) Modificar el uso de los centros residenciales para su utilización como espacios para uso sanitario.

2. La intervención se acordará en los términos previstos en el artículo siguiente.
3. La intervención tendrá carácter temporal, no pudiendo exceder su duración de la necesaria para atender la situación que la originó. La autoridad sanitaria autonómica competente acordará, de oficio o a petición de la persona titular del centro, el cese de la intervención cuando resultase acreditada la desaparición de las causas que la hubieran motivado.

Artículo 38 ter. *Adopción de medidas preventivas en materia de salud pública.*

1. Las medidas preventivas previstas en el artículo 38 se adoptarán con la urgencia que el caso requiera, sin necesidad de seguir un procedimiento administrativo específico y con independencia de las medidas provisionales que pudieran adoptarse de acuerdo con la legislación vigente en el seno de un procedimiento administrativo o con anterioridad a su iniciación.
2. Las medidas se adoptarán de forma motivada, tras evaluar los principios científicos, las pruebas científicas o la información disponible en ese momento, y teniendo en cuenta el principio de precaución, que posibilitará su lícita adopción para asegurar un nivel elevado de protección de la ciudadanía cuando, tras la indicada evaluación, se observase la existencia, fundada, seria y razonable, de un riesgo actual o inminente para la salud de la población, aunque siga existiendo incertidumbre científica.

Además, las medidas que se adopten han de ajustarse a los siguientes requisitos:

a) Respetarán, en todo caso, la dignidad de la persona. En particular, las medidas de posible adopción en relación con las personas serán lo menos intrusivas e invasivas posible para lograr el objetivo de protección de la salud pública, procurando reducir al mínimo las molestias o inquietudes asociadas con tales medidas.

En particular, en los casos de medidas de aislamiento y cuarentena habrán de quedar garantizados el suministro de alimentos y de bienes de primera necesidad y la disponibilidad de medios para el mantenimiento de las comunicaciones necesarias. El coste de tal suministro y disponibilidad solo será por cuenta de la Administración autonómica en caso de imposibilidad de sufragarlo el sujeto o sujetos afectados. Cuando las circunstancias impongan el cumplimiento de estas medidas fuera del domicilio de la persona o personas afectadas, habrán de ponerse a su disposición instalaciones adecuadas para ello, a costa de la Administración autonómica.

b) Se procurará siempre con preferencia la colaboración voluntaria de las personas afectadas con las autoridades sanitarias.

c) No podrán ordenarse medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida.

d) Habrán de utilizarse las medidas que menos perjudiquen la libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de empresa y cualquier otro derecho afectado.

e) Habrán de ser proporcionadas al fin perseguido.

3. En el caso particular de medidas limitativas de derechos fundamentales y libertades públicas, el requisito de proporcionalidad previsto en el apartado anterior exigirá que:

1.º) Las medidas sean adecuadas, en el sentido de útiles para conseguir el fin propuesto de protección de la salud pública.

2.º) Las medidas sean necesarias, en el sentido de que no exista otra medida alternativa menos gravosa para la consecución de dicho fin con igual eficacia.

3.º) Las medidas sean ponderadas o equilibradas por derivarse de las mismas más beneficios o ventajas para el interés general que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto, en atención a la gravedad de la injerencia en los derechos fundamentales y libertades públicas y las circunstancias personales de quienes la sufren.

En la motivación de las medidas se justificará de forma expresa su proporcionalidad en los términos indicados.

Además, la adopción de estas medidas requerirá la necesaria garantía judicial con arreglo a lo dispuesto en la legislación procesal aplicable.

4. Las medidas serán siempre temporales. Su duración se fijará para cada caso, no excediendo de lo que exija la situación de riesgo inminente y extraordinario que las justificó, sin perjuicio de las prórrogas sucesivas acordadas mediante resoluciones motivadas.

5. Cuando las medidas afectasen a una pluralidad indeterminada de personas, serán objeto de publicación en el diario oficial correspondiente.

Si la medida afecta a una o varias personas determinadas, se les dará audiencia con carácter previo a su adopción, siempre que ello fuese posible. Si, debido a la urgencia del asunto, no fuese posible efectuar tal audiencia previamente, se realizará en un momento oportuno tras la adopción y puesta en aplicación de la medida.

6. La ejecución de las medidas podrá incluir, cuando resultase necesario y proporcionado, la intervención directa sobre las cosas y la compulsión directa sobre las personas, con independencia de las sanciones que, en su caso, pudieran imponerse. A estos efectos, se recabará la colaboración de las fuerzas y cuerpos de seguridad que sea necesaria para la ejecución de las medidas.

7. Las autoridades sanitarias informarán a la población potencialmente afectada, para proteger su salud y seguridad, por los medios en cada caso más apropiados, de los riesgos existentes y de las medidas adoptadas, así como de las precauciones procedentes tanto para que ella misma pueda protegerse del riesgo como para conseguir su colaboración en la eliminación de sus causas, pudiendo a estos efectos formular las recomendaciones sanitarias apropiadas.

Artículo 38 quater. *Protección de la salud pública a través de las nuevas tecnologías.*

1. Las autoridades sanitarias habrán de potenciar el papel de las nuevas tecnologías en la gestión y el control de los riesgos para la salud pública.

2. A los efectos previstos en el apartado anterior, entre otras iniciativas podrán desarrollarse sistemas de información y aplicaciones para dispositivos móviles que operen como medidas complementarias para la gestión de crisis sanitarias derivadas de enfermedades de carácter transmisible. Dichos sistemas de información y aplicaciones podrán tener, entre otras, las siguientes funcionalidades:

a) Recepción, por parte de la persona usuaria, de información o alertas relativas a consejos prácticos y orientaciones de carácter general frente a la enfermedad de que se trate, así como recomendaciones respecto a acciones y medidas adecuadas que es preciso seguir.

b) Geolocalización de recursos de interés que puedan servir de apoyo a la ciudadanía para el seguimiento de las pautas de salud o movilidad u otras.

c) Determinación del nivel de riesgo transmisor de la persona usuaria, sobre la base de los datos que de la persona usuaria tenga el Sistema público de salud de Galicia.

d) Identificación de contactos de la persona usuaria que sean epidemiológicamente relevantes.

e) Recepción, por la persona usuaria, de avisos sobre el riesgo efectivo en que se encuentre por ser contacto epidemiológicamente relevante de una persona diagnosticada de la enfermedad transmisible.

f) Proporcionar a la persona usuaria el soporte digital de información o documentación individual relativa a sus circunstancias laborales y de localización geográfica u otras, con la finalidad de facilitar la aplicación de las medidas que se adopten por las autoridades competentes en la gestión de la crisis sanitaria, en la medida y en los términos que lo permitan las disposiciones o los actos que disciplinen tales medidas.

Tanto en el desarrollo como en la puesta en marcha y en el funcionamiento de estos sistemas y aplicaciones y, posteriormente, en su desactivación se garantizará el necesario respeto a la normativa vigente en materia de protección de datos y confidencialidad de las comunicaciones.

Artículo 38 quinquies. *Cooperación y colaboración administrativas en materia de salud pública.*

1. En el ejercicio de sus propias competencias, la Administración general de la Comunidad Autónoma y los ayuntamientos se facilitarán la información que precisen en materia de salud pública y se prestarán recíprocamente la cooperación y la asistencia activa para el eficaz ejercicio de las mismas.

2. Los órganos competentes de la Administración autonómica y de la local, en el marco de sus respectivas competencias, y de acuerdo con los principios de eficacia, coordinación, colaboración y lealtad institucional, velarán por la observancia de la normativa de salud pública y por el cumplimiento de las medidas de prevención, ejerciendo las oportunas funciones de inspección, control y sanción, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley y demás normativa vigente.

3. Los ayuntamientos podrán recabar la colaboración y el apoyo técnico que precisen de la Administración general de la Comunidad Autónoma y de las diputaciones provinciales para el cumplimiento de la presente ley. A este efecto, podrán suscribirse los oportunos convenios de colaboración.

4. Cuando no se hubieran suscrito los convenios a que se refiere el número 3, la Administración general de la Comunidad Autónoma prestará apoyo a los ayuntamientos cuando estos se lo soliciten expresamente, con motivación de la concurrencia de circunstancias de carácter extraordinario que puntualmente sobrepasen la capacidad municipal.

5. En particular, en los casos de crisis sanitarias o epidemias, la Administración autonómica podrá asumir, en la forma establecida en el artículo 11 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público, la realización de actividades de carácter material o técnico de competencia de las autoridades sanitarias locales, especialmente la

realización de actividades auxiliares, previas, preparatorias o de colaboración material con los órganos administrativos instructores de expedientes sancionadores, por razones de eficacia o cuando las autoridades sanitarias locales no posean los medios técnicos, personales o materiales idóneos para su desempeño, priorizando los casos de los municipios de menor población y medios.

CAPÍTULO IV

Infracciones y sanciones

Artículo 39. *Concepto y procedimiento.*

1. Son infracciones sanitarias y en salud pública las acciones u omisiones tipificadas en la presente ley y en las leyes estatales y autonómicas que sean de aplicación en esta materia.

2. Las infracciones tipificadas en la presente ley 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. Si una misma acción u omisión fuese constitutiva de dos o más infracciones, se tomará en consideración únicamente aquella que conlleve mayor sanción.

4. En cualquier momento del procedimiento sancionador en que el órgano instructor estime que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, la Administración pasará el tanto de culpa a la jurisdicción competente, absteniéndose de seguir el procedimiento sancionador en tanto la autoridad jurisdiccional no dicte resolución judicial firme. Si no se estimase la existencia de delito, la Administración continuará el expediente sancionador tomando como base los hechos que los tribunales hubieran considerado probados.

5. Igualmente, si el órgano competente para resolver el procedimiento sancionador tiene conocimiento de la instrucción de causa penal ante los tribunales de justicia y estima 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 se dicte resolución judicial firme.

6. Las medidas administrativas que se hubieran adoptado para salvaguardar la salud y seguridad de las personas se mantendrán hasta que la autoridad judicial se pronuncie respecto a las mismas o bien cese la necesidad de ellas.

7. Lo previsto en la presente ley no excluye la posibilidad de aplicación, cuando resultase procedente según el caso concreto, del régimen sancionador previsto en otras leyes, sin que en ningún caso pueda imponerse una doble sanción por los mismos hechos y en función de los mismos intereses públicos protegidos, sin perjuicio de que se exijan las demás responsabilidades que se dedujesen de otros hechos o infracciones concurrentes.

8. No tendrán carácter de sanción la clausura o el cierre de establecimientos, instalaciones o servicios que no cuenten con las autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, o la suspensión de su funcionamiento hasta que se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad, ni la retirada del mercado, cautelar o definitiva, de productos o servicios por las mismas razones.

9. La tramitación de un procedimiento sancionador por las infracciones reguladas en el presente capítulo no postergará la exigencia de las obligaciones de adopción de medidas de prevención, evitación de nuevos daños o reparación, previstas en la presente ley, que serán independientes de la sanción que, en su caso, se imponga.

10. El plazo máximo para dictar y notificar las resoluciones sancionadoras por infracciones en materia sanitaria y en salud pública será de nueve meses.

Artículo 39 bis. *Sujetos responsables de las infracciones.*

1. Las personas físicas o jurídicas responsables, a título de dolo o culpa, de las acciones u omisiones que constituyan infracciones sanitarias y en salud pública con arreglo a la presente ley serán sancionadas de acuerdo con lo dispuesto en el presente capítulo.

2. De las infracciones cometidas por menores de edad serán responsables subsidiarios sus padres y madres, los tutores y tutoras y los guardadores y guardadoras legales o de hecho, por este orden, o la persona adulta responsable a quien se hubiera encomendado el

cuidado del menor o la menor en el supuesto de infracciones cometidas en presencia de la misma.

Artículo 40. *Calificación de las infracciones.*

Las infracciones se califican como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud, la cuantía del eventual beneficio obtenido, el grado de intencionalidad, la gravedad de la alteración sanitaria y social producida, la generalización de la infracción y la reincidencia.

Artículo 41. *Infracciones leves.*

Sin perjuicio de las que se establezcan por otras leyes especiales, se tipifican como infracciones sanitarias leves las siguientes:

a) Las simples irregularidades en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud, que no se encuentren expresamente recogidas en esta relación.
b) El incumplimiento simple del deber de colaboración con las autoridades sanitarias para la elaboración de los registros y documentos de información sanitaria establecidos legal o reglamentariamente.
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 establecidos en la presente 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 a fin de promover la contratación de bienes o servicios sanitarios, sin disponer de la correspondiente autorización administrativo-sanitaria.
e) La obstrucción de la labor inspectora mediante cualquier acción u omisión que la perturbe o retrase.
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 imprudencia o inobservancia, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario y éste sea de escasa incidencia.
h) Aquellas infracciones que, al amparo de los criterios previstos en el presente artículo, merezcan la calificación de leves o no proceda la calificación de las mismas como faltas graves o muy graves.

Artículo 41 bis. *Infracciones leves en materia de salud pública.*

Se tipifican como infracciones leves en salud pública, además de las establecidas en la legislación básica, las siguientes:

a) El incumplimiento de la obligación de uso de mascarillas u otros medios de protección o el uso inadecuado de unas u otros, en los términos establecidos por la normativa sanitaria o por las medidas de prevención, órdenes, resoluciones o actos aprobados, por razones de protección de la salud pública, por las autoridades sanitarias competentes, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.
b) El incumplimiento de la prohibición de consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública, parques y plazas públicas y otros lugares de tránsito público, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.
c) **(Anulada)**
d) **(Anulada)**
e) **(Anulada)**
f) **(Anulada)**

g) La participación en reuniones, fiestas o cualquier otro tipo de actividad o acto, permanente o esporádico, de carácter privado o abierto al público, en espacios públicos, abiertos al público o privados, en los cuales se produjesen aglomeraciones contrarias a las medidas sanitarias de prevención aprobadas por las autoridades sanitarias o en los cuales se incumpliesen las medidas de seguridad y precaución dispuestas por las mimas, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.

h) El incumplimiento de las medidas preventivas de seguridad sanitaria e higiene exigibles en los lugares de trabajo, establecimientos, locales de negocio, instalaciones y espacios de uso público o que se encuentren abiertos al público y para el desarrollo de actividades que sean establecidas por las autoridades sanitarias competentes, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.

i) El incumplimiento del horario de apertura o cierre de establecimientos, locales de negocio, instalaciones y espacios de uso público o que se encuentren abiertos al público o para el desarrollo de actividades establecido como medida preventiva por las autoridades sanitarias competentes, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.

j) El incumplimiento de la obligación de elaboración de protocolos o planes de contingencia en relación con aquellos edificios, lugares de trabajo, establecimientos, locales de negocio, instalaciones y espacios de uso público o abiertos al público o en relación con el desarrollo de actividades respecto a las cuales hubieran establecido esta exigencia las autoridades sanitarias competentes como medida preventiva, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.

k) El incumplimiento, por parte de los establecimientos, locales de negocio, instalaciones y espacios de uso público o que se encuentren abiertos al público o con ocasión del desarrollo de actividades de medidas preventivas sobre limitación de aforo u otras relativas a la organización o ejercicio de la actividad adoptadas por las autoridades sanitarias, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.

l) El incumplimiento de las medidas preventivas adoptadas por la autoridad sanitaria competente en materia de distancia de seguridad entre personas o entre mesas o agrupaciones de mesas en los locales abiertos al público y en terrazas al aire libre, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.

m) El incumplimiento, por acción u omisión, de la normativa sanitaria vigente o de las medidas de prevención, órdenes, resoluciones o actos aprobados por las autoridades sanitarias competentes por razones de protección de la salud pública, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población, y siempre que dicho incumplimiento no esté tipificado como infracción grave o muy grave.

n) El incumplimiento, por parte de la persona titular de la instalación, establecimiento, empresa o actividad y con ocasión de su funcionamiento o desarrollo del deber de prevenir la comisión de alguna de las infracciones leves previstas en la presente ley por parte de las personas sujetas a su dependencia o vinculación.

Artículo 42. *Infracciones graves.*

Sin perjuicio de las que se establezcan por otras leyes especiales, se tipifican como infracciones sanitarias graves las siguientes:

a) El ejercicio o desarrollo de actividades sin la correspondiente autorización o registro sanitario preceptivo, 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 autorización correspondiente.

b) La creación, modificación o supresión de centros, servicios o establecimientos sanitarios sin obtener las autorizaciones administrativas correspondientes, conforme a la

normativa que sea 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 y cuando se produzcan por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

d) La negativa 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 sanitarios e investigaciones epidemiológicas de brotes o situaciones de especial riesgo para la salud de la población.

e) El incumplimiento, por negligencia grave, de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones establecidas en la vigente legislación en materia sanitaria, así como cualquier otro comportamiento que suponga imprudencia grave, siempre y cuando 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 este apartado, constituirá un supuesto de negligencia la omisión del deber de control o la falta de los controles o precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.

f) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o posesión de aditivos o sustancias extrañas de uso no 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.

g) 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.

h) El dificultar o impedir el disfrute de los derechos reconocidos en la presente ley a los usuarios y usuarias del sistema sanitario, ya sea en el terreno de los servicios sanitarios o sociosanitarios públicos o privados.

i) La comisión por negligencia de las conductas tipificadas como infracción muy grave, cuando el riesgo o la alteración sanitaria producida sea de escasa entidad.

j) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos tres meses.

k) Las actuaciones tipificadas en el artículo 41.º que, a tenor del grado de concurrencia de los elementos a que se refiere el artículo 40.º, merezcan la calificación de faltas graves o no proceda la calificación de las mismas como faltas leves o muy graves.

l) Las actuaciones que en razón a su expresa calificación en la normativa especial sanitaria aplicable en cada caso merezcan la tipificación de faltas graves o no proceda la calificación de las mismas como faltas leves o muy graves.

m) 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 e intimidad de las personas.

n) Las faltas leves que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves o pudieran servir para facilitarlas o encubrirlas.

Artículo 42 bis. *Infracciones graves en materia de salud pública.*

Se tipifican como infracciones graves en salud pública, además de las establecidas en la legislación básica, las siguientes:

a) La denegación de apoyo, auxilio o colaboración a las autoridades sanitarias o sus agentes, cuando no sea constitutivo de infracción muy grave.

b) El incumplimiento de las instrucciones recibidas de la autoridad sanitaria competente, si conllevase daños para la salud, cuando no sea constitutivo de infracción muy grave.

c) La realización de las conductas previstas en los apartados a), b), **c), d),** e)**, f)**, g), h), i), j), k), l) y m) del artículo 41 bis, cuando pudieran producir un riesgo o un daño grave para la salud de la población, siempre que no sean constitutivas de infracción muy grave.

d) **(Anulada)**

e) **(Anulada)**

Téngase en cuenta que se declara inconstitucional y nulo el inciso destacado de la letra c) y las letras d) y e), en la redacción dada por el art. único.13 Ley 8/2021, de 25 de febrero, por Sentencia del TC 136/2024, de 5 de noviembre. Ref. BOE-A-2024-25519

f) La resistencia o la obstrucción frente a las autoridades sanitarias o sus agentes, o a las fuerzas y cuerpos de seguridad, en el cumplimiento o ejecución de aquellas actuaciones que fuesen exigibles de acuerdo con la normativa sanitaria en materia de salud pública o con las medidas de prevención, órdenes o instrucciones dictadas por la autoridad sanitaria competente en aplicación de dicha normativa.

g) El incumplimiento de las obligaciones de comunicación de información y de otras obligaciones en materia de salud pública establecidas por la normativa sanitaria o por las medidas de prevención dictadas por la autoridad sanitaria competente en aplicación de dicha normativa, cuando revista carácter de gravedad.

h) La falta de colaboración o la negativa a suministrar datos o facilitar información, o el suministro intencionado de datos falsos, incorrectos o incompletos a las autoridades sanitarias o a sus agentes en el desarrollo de las labores de inspección o control sanitarios o de investigación epidemiológica de brotes o situaciones de especial riesgo para la salud de la población, cuando no sea constitutiva de infracción muy grave.

i) La apertura de locales, la celebración de actos o la realización de actividades que hayan sido expresamente prohibidas o suspendidas, ya sea con carácter general, ya particular, en virtud de medidas preventivas, orden, resolución o acto de la autoridad sanitaria competente por razones de salud pública, o que no hubieran sido autorizadas por la misma en los casos en que tal autorización fuese exigible por razones de salud pública, cuando la conducta no sea constitutiva de infracción muy grave.

j) La organización por cualquier medio de reuniones, fiestas o cualquier otro tipo de actividad o acto, permanente o esporádico, de carácter privado o abierto al público, en espacios públicos, abiertos al público o privados, en los cuales se produjesen aglomeraciones contrarias a las medidas sanitarias de prevención aprobadas por las autoridades sanitarias o en los cuales se incumpliesen las medidas de seguridad y precaución dispuestas por las mismas, siempre que no sea constitutiva de infracción muy grave.

k) La realización de otras conductas u omisiones que pudieran producir un riesgo o un daño grave para la salud de la población, cuando esta no sea constitutiva de infracción muy grave.

l) El incumplimiento, por parte de la persona titular de la instalación, establecimiento, empresa o actividad y con ocasión de su funcionamiento o desarrollo, del deber de prevenir la comisión de alguna de las infracciones graves previstas en la presente ley por parte de las personas sujetas a su dependencia o vinculación.

m) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos doce meses.

Artículo 43. *Infracciones muy graves.*

Sin perjuicio de las que se establezcan por otras leyes especiales, se tipifican como infracciones sanitarias muy graves las siguientes:

a) El incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas que adopten las autoridades sanitarias competentes, cuando se produzcan de manera reiterada o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

b) La resistencia, la coacción, la amenaza o represalia, el desacato o cualquier otra forma de presión sobre las autoridades sanitarias o sus agentes, y la coacción, amenaza, agresión o cualquier forma de violencia ejercida sobre los profesionales o las profesionales del Sistema público de salud de Galicia, en el ejercicio de sus funciones.

c) El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, o cualquier comportamiento doloso, siempre y cuando ocasionen alteración, daños o riesgo sanitario grave.

d) La preparación, distribución, suministro, venta de alimentos, bebidas o productos relacionados directa o indirectamente con la alimentación humana que contengan gérmenes, sustancias químicas o radiactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al hombre.

e) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o posesión de aditivos o sustancias extrañas de uso no autorizado por la normativa vigente en la elaboración o conservación del producto alimenticio o alimentario de que se trate, cuando produzca riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

f) El desvío para consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente para otros usos.

g) La alteración o falsificación de los documentos de registro y transporte de los productos destinados al consumo humano, cuando tales modificaciones supongan o puedan suponer un riesgo para la salud.

h) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

i) Las actuaciones tipificadas en los artículos 41 y 42 que, a tenor del grado de concurrencia de los elementos a que se refiere el artículo 40, merezcan la calificación de faltas muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

j) Las actuaciones que en razón a su expresa calificación en la normativa especial sanitaria aplicable en cada caso merezcan la tipificación de faltas muy graves o no proceda la calificación de las mismas como faltas leves o graves.

k) Las faltas graves que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves o sirvieran para facilitar o encubrir su comisión.

l) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.

m) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección y control.

Artículo 43 bis. *Infracciones muy graves en materia de salud pública.*

Se tipifican como infracciones muy graves en salud pública, además de las establecidas en la legislación básica, las siguientes:

a) El incumplimiento, por acción u omisión, de la normativa sanitaria vigente o de las medidas de prevención, órdenes, resoluciones o actos aprobados por las autoridades sanitarias competentes por razones de salud pública, cuando se produjese un riesgo o un daño muy grave para la salud de la población.

b) **(Anulada)**

c) **(Anulada)**

d) Las previstas en los apartados a), b), c), f), g), h), i) y j) del artículo 42 bis, cuando se produjese un riesgo o un daño muy grave para la salud de la población.

e) La realización de otras conductas u omisiones que produjesen un riesgo o un daño muy grave para la salud de la población.

f) El incumplimiento, por parte de la persona titular de la instalación, establecimiento, empresa o actividad y con ocasión de su funcionamiento o desarrollo, del deber de prevenir la comisión de alguna de las infracciones muy graves previstas en la presente ley por parte de las personas sujetas a su dependencia o vinculación».

g) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

Artículo 44. *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 ésta de mínimo, medio y máximo para cada nivel de calificación, en función del fraude o connivencia, el incumplimiento de las advertencias previas, el número de personas afectadas, los perjuicios causados, los beneficios obtenidos a causa de la infracción y la permanencia y transitoriedad de los riesgos.

2. Las infracciones sanitarias tipificadas en los artículos 41, 42 y 43 serán sancionadas con multas, conforme a la graduación siguiente:

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.

Las cantidades expresadas pueden excederse hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

3. Sin perjuicio de la multa que proceda con arreglo a lo previsto en el apartado 2 anterior, y a los efectos de evitar que la comisión de infracciones resulte más beneficiosa para la persona que comete 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, el Consejo de la Xunta podrá acordar como sanción accesoria el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, todo ello con los efectos laborales que determina la legislación aplicable en esta materia.

5. La autoridad a la que corresponda resolver el expediente podrá acordar, junto con la sanción correspondiente, el decomiso de bienes o productos deteriorados, caducados, no autorizados o que por cualquier otra causa puedan entrañar riesgo para la salud o seguridad de las personas, siendo por cuenta de quien cometa la infracción los gastos que origine su intervención, depósito, decomiso, transporte o destrucción.

6. Las cuantías señaladas en el apartado 2 podrán ser actualizadas periódicamente a través de la oportuna disposición legal, teniendo en cuenta la variación de los índices de precios para el consumo.

Artículo 44 bis. *Sanciones en materia de salud pública.*

1. Las infracciones en materia de salud pública serán sancionadas guardando la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción aplicada, estableciéndose una gradación de la misma en grado mínimo, medio y máximo para cada nivel de calificación. Para la determinación de la sanción a imponerse, dentro de cada uno de estos grados, habrá de atenderse a los criterios establecidos en el artículo 29.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público, y en el artículo 57.1 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, así como al incumplimiento de las advertencias previas, número de personas puestas en riesgo o afectadas, especialmente si se trata de colectivos vulnerables, nivel de responsabilidad exigible en función de la condición profesional de la persona responsable de la infracción, beneficios obtenidos a causa de la infracción y permanencia o transitoriedad de los riesgos.

2. Las infracciones en salud pública tipificadas en los artículos 41 bis, 42 bis y 43 bis serán sancionadas con multas, con arreglo a la gradación siguiente:

a) Infracciones leves:

1.º) Grado mínimo: hasta 1.000 euros.
2.º) Grado medio: de 1.001 a 2.000 euros.
3.º) Grado máximo: de 2.001 a 3.000 euros.

b) Infracciones graves:

1.º) Grado mínimo: de 3.001 a 20.000 euros.
2.º) Grado medio: de 20.001 a 40.000 euros.
3.º) Grado máximo: de 40.001 a 60.000 euros.

c) Infracciones muy graves:

1.º) Grado mínimo: de 60.001 a 200.000 euros.
2.º) Grado medio: de 200.001 a 400.000 euros.
3.º) Grado máximo: de 400.001 a 600.000 euros; esta cuantía podrá excederse hasta alcanzar el quíntuplo del valor de mercado de los productos o servicios objeto de la infracción.

No obstante lo dispuesto anteriormente, a la conducta consistente en el incumplimiento de la obligación de uso de mascarillas o en el uso inadecuado de las mismas, cuando se califique como infracción leve, de acuerdo con lo establecido en el presente capítulo, corresponderá una sanción mínima de multa en la cuantía de 100 euros, sin perjuicio, no obstante, de la posible imposición de una sanción de multa de cuantía superior dentro de las previstas para infracciones leves, e incluso de la posible tipificación de la conducta como infracción de mayor gravedad, todo ello en atención a las circunstancias concurrentes y a lo dispuesto en el presente capítulo.

En caso de infracciones muy graves, además de la sanción de multa podrán imponerse como sanciones accesorias:

a) La prohibición de percibir cualquier tipo de ayudas o subvenciones por parte de la Administración pública autonómica y local gallega por un periodo de entre uno y cinco años.
b) El cierre temporal de los establecimientos o servicios por un plazo máximo de cinco años.

3. No obstante lo indicado en el número 2, a fin de evitar que la comisión de infracciones resultase más beneficiosa para la persona que comete la infracción que el cumplimiento de las normas infringidas, la cuantía máxima de las sanciones de multa previstas en dicho apartado podrá incrementarse hasta alcanzar el importe del beneficio ilícito obtenido con la comisión de la infracción de que se trate.

4. La autoridad competente para resolver el expediente podrá acordar, asimismo, como sanción accesoria, el decomiso de bienes o productos deteriorados, caducados, no autorizados o que por cualquier otra causa pudieran entrañar riesgo para la salud o seguridad de las personas, siendo por cuenta de quien cometa la infracción los gastos que origine su intervención, depósito, decomiso, transporte o destrucción.

5. Las reducciones acumulables a que se refiere el artículo 85 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, serán del 25 % cada una de ellas.

Artículo 45. *Competencia para la imposición de sanciones sanitarias.*

1. Los órganos de la Administración general de la Comunidad Autónoma competentes para la imposición de las sanciones por las infracciones previstas en los artículos 41, 42 y 43, con excepción de las contempladas en el número 2 de este artículo, son los siguientes:

a) Los órganos de la Consejería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud, en su caso, hasta 120.202,42 euros, en los términos que se establezcan reglamentariamente.
b) El Consello de la Xunta, desde 120.202,43 euros.

2. Corresponderá a los ayuntamientos el ejercicio de la competencia sancionadora por la comisión de las infracciones previstas en los artículos 41, 42 y 43, siempre que dichas infracciones afecten a las áreas de responsabilidad mínima sobre las cuales ejercen competencias de control sanitario.

3. La Administración autonómica podrá actuar en sustitución de los ayuntamientos en los supuestos y con los requisitos contemplados en la legislación de régimen local.

Artículo 45 bis. *Competencia para sancionar las infracciones en materia de salud pública.*

1. Corresponde a los ayuntamientos la competencia para incoar, instruir y resolver los expedientes sancionadores por las siguientes infracciones en salud pública tipificadas en la presente ley:

a) Las infracciones leves previstas en los apartados a), b), f), g), h), i), j), k) y l) del artículo 41 bis.

b) Las infracciones leves previstas en los apartados m) y n) del artículo 41 bis, cuando dichas infracciones afecten a las áreas de responsabilidad mínima sobre las cuales ejercen competencias de control sanitario.

c) Las infracciones graves previstas en los apartados a), b) y f) del artículo 42 bis, cuando las infracciones se cometan en relación con las autoridades sanitarias locales, sus agentes o la policía local.

d) Las infracciones graves del apartado c) del artículo 42 bis, cuando se refieran a conductas respecto a las cuales, en su calificación como infracción leve, corresponda ejercer la potestad sancionadora a los ayuntamientos con arreglo a los apartados anteriores.

e) Las infracciones graves previstas en los apartados g), h), k) y l) del artículo 42 bis, cuando dichas infracciones afecten a las áreas de responsabilidad mínima sobre las cuales ejercen competencias de control sanitario.

f) Las infracciones graves previstas en los apartados i) y j) del artículo 42 bis.

g) La infracción grave prevista en el apartado m) del artículo 42 bis, cuando se refiera a infracciones leves respecto a las cuales corresponda ejercer la potestad sancionadora a los ayuntamientos con arreglo a lo indicado en este número 1.

h) Las infracciones muy graves previstas en los apartados a), e) y f) del artículo 43 bis, cuando afecten a las áreas de responsabilidad mínima sobre las cuales ejercen competencias de control sanitario.

i) Las infracciones muy graves del apartado d) del artículo 43 bis, cuando se refieran a conductas respecto a las cuales, en su calificación como infracción grave, corresponda ejercer la potestad sancionadora a los ayuntamientos con arreglo a los apartados anteriores.

j) La infracción muy grave prevista en el apartado g) del artículo 43 bis, cuando se refiera a infracciones graves respecto a las cuales corresponda ejercer la potestad sancionadora a los ayuntamientos con arreglo a lo indicado en este número 1.

2. Corresponde a la Administración autonómica la competencia para incoar, instruir y resolver los expedientes sancionadores por las infracciones en salud pública tipificadas en la presente ley distintas de las enumeradas en el número 1.

3. Los órganos autonómicos competentes para el ejercicio de la potestad sancionadora en los supuestos previstos en el apartado anterior son:

a) La persona titular de la jefatura territorial correspondiente de la consejería competente en materia de sanidad, cuando se trate de infracciones leves y graves.

b) La persona titular de la consejería competente en materia de sanidad, cuando se trate de infracciones muy graves.

4. Sin perjuicio de lo establecido en el número 1, los órganos competentes de la Administración autonómica, de acuerdo con las reglas competenciales previstas para los expedientes sancionadores de competencia autonómica, asumirán la incoación, instrucción y resolución de los procedimientos sancionadores por las infracciones previstas en el número 1 en el supuesto de falta de actuaciones de los ayuntamientos ante las denuncias presentadas por la ciudadanía o derivadas de las actuaciones de inspección, una vez instados a actuar por los órganos competentes de la Comunidad Autónoma y transcurrido el plazo concedido, que en ningún caso podrá ser inferior a un mes desde la recepción del requerimiento, sin que se haya producido la notificación al órgano competente de la Administración general de la Comunidad Autónoma de la incoación del correspondiente procedimiento sancionador.

Artículo 46. *Medidas provisionales previas a la apertura del expediente sancionador.*

1. Con anterioridad a la iniciación del expediente sancionador que corresponda, el órgano autonómico o local competente podrá adoptar, de oficio o a instancia de parte y de forma motivada, por razones de urgencia inaplazable y para la protección provisional de los intereses implicados, las medidas provisionales previas que resulten necesarias y proporcionadas cuando existiese riesgo grave o peligro inminente para la seguridad o salud de las personas o cuando se incumpliesen gravemente las condiciones sanitarias, de salubridad y de higiene.

2. En los casos del apartado anterior, los órganos competentes podrán adoptar alguna o algunas de las siguientes medidas:

a) La suspensión de actividades, celebraciones, eventos, espectáculos públicos o actividades recreativas.

b) El desalojo, la clausura y/o el precinto de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.

3. Las medidas se adoptarán mediante resolución motivada, respetando siempre el principio de proporcionalidad y previa audiencia a las personas interesadas. El trámite de audiencia podrá omitirse en casos de extraordinaria urgencia debidamente justificados en la resolución.

4. Las medidas provisionales adoptadas habrán de ser confirmadas, modificadas o levantadas en el acuerdo de iniciación del procedimiento sancionador, que deberá efectuarse dentro de los quince días siguientes al de su adopción, el cual podrá ser objeto del recurso que proceda.

En todo caso, estas medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento en dicho plazo o cuando el acuerdo de iniciación no contenga un pronunciamiento expreso sobre las mismas.

5. La Administración competente para adoptar las medidas previstas en este artículo será la misma que tenga atribuida la competencia para la incoación del procedimiento sancionador que corresponda.

En los casos de competencia autonómica, el órgano competente de la Administración general de la Comunidad Autónoma de Galicia para adoptar dichas medidas será el que tenga atribuida la competencia para incoar el correspondiente procedimiento sancionador o el órgano instructor.

6. Teniendo en cuenta la afectación a las competencias autonómicas, la Administración autonómica podrá adoptar las medidas provisionales previas en supuestos de competencia de los ayuntamientos, de acuerdo con lo previsto en el apartado anterior, a costa y en sustitución de los mismos, en caso de inhibición de la entidad local, previo requerimiento a esta que no sea atendido en el plazo indicado al efecto, que en ningún caso podrá ser inferior a un mes. La no atención del requerimiento por parte de la entidad local exigirá la alegación de una causa justificada y debidamente motivada.

También podrá adoptar las citadas medidas por razones de urgencia inaplazable y extraordinaria que así lo justifiquen, debiendo, en este caso, ser puestas las medidas en conocimiento inmediato del ayuntamiento respectivo.

El órgano competente de la Administración general de la Comunidad Autónoma de Galicia para adoptar las medidas provisionales previas, en los supuestos previstos en este apartado, será el que tenga atribuida la competencia para la incoación o instrucción de expedientes sancionadores de competencia autonómica.

Artículo 46 bis. *Medidas de adopción directa por los agentes de las fuerzas y cuerpos de seguridad.*

1. En los casos de realización de actividades que conlleven un riesgo grave o peligro inminente para la salud de las personas, los agentes de los cuerpos y fuerzas de seguridad podrán adoptar de forma directa, previo requerimiento a las personas responsables de la realización de las mismas y en caso de que este no fuese atendido, las siguientes medidas:

a) La suspensión inmediata de actividades y el desalojo y precinto de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.

b) Aquellas otras medidas que se estimen necesarias, en atención a las circunstancias concurrentes en cada caso, para garantizar la seguridad y salud de las personas, y que guarden la debida proporción en atención a los bienes y derechos objeto de protección.

2. En caso de que los agentes adoptasen las medidas indicadas en el apartado anterior, habrán de comunicarlo inmediatamente al órgano competente de acuerdo con el artículo 46 para adoptar las medidas provisionales previas pertinentes, que deberá confirmarlas, modificarlas o levantarlas en el plazo de cuarenta y ocho horas desde la indicada

comunicación. El incumplimiento de dicho plazo conlleva automáticamente el levantamiento de las medidas inmediatas adoptadas.

3. Si el órgano indicado en el apartado anterior ratificase las medidas adoptadas, el régimen de confirmación, modificación o levantamiento posterior se regirá por lo que dispone el artículo 46.

4. Lo dispuesto en los apartados anteriores se entiende sin perjuicio de las medidas que pudieran adoptarse por la Administración general del Estado en ejercicio de sus competencias.

Artículo 46 ter. *Medidas provisionales durante el procedimiento sancionador.*

1. Una vez incoado el procedimiento sancionador, el órgano administrativo competente para resolverlo podrá adoptar, de oficio o a instancia de parte, en cualquier momento, mediante resolución motivada y previa audiencia a las personas interesadas, las medidas provisionales que estime oportunas para asegurar la eficacia de la resolución que pudiera dictarse, así como para la salvaguarda de la salud, si existiesen elementos de juicio suficientes para ello, de acuerdo con los principios de proporcionalidad, efectividad y menor onerosidad.

El trámite de audiencia previa podrá omitirse en caso de urgencia, que habrá de estar debidamente motivada en la resolución que determine la adopción de las medidas provisionales. En estos casos, se efectuará un trámite de audiencia con posterioridad a la adopción de la medida.

2. Las medidas provisionales habrán de ser proporcionadas a la naturaleza y gravedad de las infracciones cometidas, pudiendo consistir en alguna de las previstas en el artículo 46 o en cualquier otra que asegure la eficacia de la resolución que pudiera dictarse. No podrán adoptarse medidas provisionales que puedan causar perjuicio de difícil o imposible reparación a las personas interesadas o que impliquen violación de derechos amparados por las leyes.

3. Las medidas provisionales podrán ser alzadas o modificadas durante la tramitación del procedimiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas. En todo caso, se extinguirán con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento.

Artículo 47. *Prescripción de infracciones y de sanciones.*

1. Las infracciones leves prescribirán al año, las graves a los tres años y las muy graves a los cinco años.

El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contar desde el día en que la infracción se hubiera cometido.

En los supuestos de infracciones continuadas, el plazo de prescripción comenzará a contar desde el momento de la finalización de la actividad o del último acto con que la infracción se consuma. En caso de que los hechos o actividades constitutivos de infracción sean desconocidos por carecer de signos externos, dicho plazo se computará desde que los mismos se manifestasen.

Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento de la persona interesada, del procedimiento sancionador, reanudándose el plazo de prescripción si el expediente sancionador está paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto o presunta responsable.

2. Las sanciones impuestas por la comisión de infracciones leves prescribirán al año, las impuestas por faltas graves a los tres años y las impuestas por faltas muy graves a los cinco años.

El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contar desde el día siguiente a aquel en que sea ejecutable la resolución por la cual se impone la sanción o haya transcurrido el plazo para recurrir contra la misma.

Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento de la persona interesada, del procedimiento de ejecución, reanudándose el plazo si aquel está paralizado durante más de un mes por causa no imputable a la persona infractora.

En caso de desestimación presunta del recurso de alzada interpuesto contra la resolución por la cual se impone la sanción, el plazo de prescripción de la sanción

comenzará a contar desde el día siguiente a aquel en que finalice el plazo legalmente previsto para la resolución de dicho recurso.

CAPÍTULO V

Prestaciones sanitarias del Sistema Público de Salud de Galicia

Artículo 48. *Prestaciones sanitarias.*

Las distintas prestaciones de salud que constituyen el catálogo de prestaciones sanitarias, tal como se define en el artículo 3.8 de la presente ley, comprenden las prestaciones de salud pública, de atención primaria, de atención hospitalaria, de atención sociosanitaria en los términos del artículo 53.2, de atención de urgencias, farmacéutica, de atención ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Artículo 49. *Salud pública.*

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la prestación de salud pública comprende:

a) La medición del nivel de salud de la población y la identificación de los problemas y riesgos para la salud.

b) La investigación de las causas o determinantes de los problemas de salud que afectan a la población a través del establecimiento de los registros y análisis de datos que, respetando la normativa en materia de protección de datos personales, permitan analizar y conocer las situaciones que tienen influencias sobre la salud, incluyendo el ámbito laboral. En los registros que se elaboren, se tendrán en cuenta especialmente los casos de violencia de género, maltrato infantil y cualquier otra manifestación de violencia, incluyendo en las encuestas de salud indicadores sobre esta materia.

c) Los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria.

d) La prevención y control de las enfermedades transmisibles.

e) El establecimiento de estándares de producción y medidas de protección de la salud frente a riesgos medioambientales, como los derivados de productos alimenticios, del uso de productos químicos, de agentes físicos, de la contaminación atmosférica, del uso de las zonas de baño, de la gestión y tratamiento de desechos y aguas residuales, de las aguas de consumo y de la sanidad mortuoria, entre otros.

f) El establecimiento de estándares y medidas de promoción de estilos de vida saludables y de prevención, en especial los de carácter intersectorial.

g) La comunicación a la población de la información sobre su salud y de los determinantes principales que le afectan. La promoción de la cultura sanitaria entre la población.

h) El establecimiento de sistemas de farmacovigilancia.

i) La promoción de los estándares sanitarios de producción de bienes y servicios y de estilos de vida, a través de la educación para la salud y otras actividades.

j) La verificación del cumplimiento de los estándares sanitarios definidos.

k) Las actuaciones necesarias para fomentar y verificar la corrección de las desviaciones de los estándares sanitarios definidos.

l) El fomento de la formación e investigación científica en materia de salud pública.

m) El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de las sustancias susceptibles de generar dependencia.

n) El establecimiento y difusión de guías de actuación preventiva para profesionales y la población frente a problemas comunitarios de salud.

o) La prevención de los riesgos para la salud en casos de catástrofes medioambientales.

p) Estudios epidemiológicos precisos para conocer, prevenir y planificar la asistencia en relación a los discapacitados.

q) Cualquier otra acción ordenada a mejorar la salud de la población.

Artículo 50. *Atención primaria.*

1. La atención primaria constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Público de Salud de Galicia y se caracteriza por un enfoque global e integrado de la atención y la salud y por asumir un papel orientador y de canalización de la asistencia requerida por el o la paciente en cualquier punto del sistema sanitario.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud la atención primaria incluirá entre su catálogo de servicios las funciones y modalidades de atención sanitaria siguientes:

a) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

b) Las actividades programadas en materia de vigilancia e información, así como la promoción y protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

c) Las atenciones y servicios específicos relativos a programas integrales de atención a grupos específicos de población: atención a la mujer y a los ancianos, así como los referidos en el artículo 14.º de la presente ley.

d) La atención ordinaria y continuada de las urgencias.

e) La rehabilitación básica.

f) La atención paliativa a enfermos terminales.

g) La atención pediátrica.

h) La atención a la salud bucodental.

i) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención hospitalaria.

j) El trabajo social con los usuarios y usuarias, en coordinación con el sistema de servicios sociales.

k) La participación en la docencia, la formación continuada y la investigación, así como su promoción, en su ámbito de actuación

l) La realización de las prestaciones sociosanitarias que se corresponden a este nivel de asistencia, en coordinación con el sistema de servicios sociales.

m) Cualesquier otras funciones o modalidades asistenciales que se le encomienden, así como los restantes servicios y prestaciones facilitados en cada momento por el Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a este ámbito de la atención sanitaria.

3. Las actuaciones de atención primaria se desarrollarán en los centros de salud o en otros periféricos que de los mismos dependan, en los puntos de atención continuada, así como en los domicilios de los enfermos, en los centros que presten servicios sociosanitarios o en cualquier otro lugar que se determine reglamentariamente. Estas actividades podrán ser desarrolladas en régimen de:

a) Consultas a demanda o programadas en los centros sanitarios de atención primaria.

b) Atención de urgencias de atención primaria.

c) Atención a domicilio.

4. En función de los medios técnicos y profesionales y del conocimiento disponible en cada momento, la atención primaria dispondrá progresivamente del acceso a la realización de técnicas, a la información clínica y a los medios técnicos disponibles en atención hospitalaria en la medida en que sean necesarios para garantizar la continuidad asistencial a través del mejor seguimiento y/o resolución de los procesos clínicos completos de sus pacientes.

Artículo 51. *Atención hospitalaria.*

1. La atención hospitalaria es el nivel de asistencia que, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, se caracteriza por una alta intensidad de los cuidados requeridos o por la especificidad del conocimiento y/o la tecnología que los y las pacientes precisan para su adecuada atención sanitaria.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención hospitalaria comprenderá las funciones siguientes:

a) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
b) Las atenciones de salud mental y la asistencia psiquiátrica y psicológica.
c) La atención a las urgencias hospitalarias.
d) La atención paliativa a enfermos terminales.
e) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
f) La educación para la salud y la prevención de enfermedades en su ámbito de actuación, así como la participación en los sistemas de vigilancia e información.
g) La participación en la docencia, la formación continuada y la investigación.
h) La realización de las prestaciones sociosanitarias que se corresponden a este nivel de asistencia, en coordinación con el sistema de servicios sociales que se determine, así como la búsqueda de alternativas para el alta hospitalaria.
i) Cualesquier otras funciones o modalidades asistenciales que se le encomienden, así como los restantes servicios y prestaciones facilitados en cada momento por el Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a este ámbito de la atención sanitaria.
j) La participación en las acciones de coordinación, producción de documentación clínica y consultoría con los centros de atención primaria a través de los procedimientos que se determinen.

3. La atención hospitalaria será prestada por los hospitales o complejos hospitalarios. El hospital, junto a los centros de especialidades adscritos al mismo, constituye la estructura sanitaria responsable de la asistencia hospitalaria programada y urgente a la población de su ámbito de influencia. Estas actividades podrán ser desarrolladas en régimen de:

a) Consultas externas.
b) Hospital de día.
c) Ambulatorio de procedimientos quirúrgicos menores y de cirugía mayor.
d) Hospitalización para los procesos médicos, quirúrgicos, pediátricos u obstétricos que así lo requieren.
e) Hospitalización a domicilio.

4. La atención hospitalaria se prestará, siempre que las condiciones del o la paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

Artículo 52. *Atención a urgencias y emergencias.*

1. Todo el Sistema Público de Salud de Galicia prestará la atención continuada y de las urgencias a través de sus dispositivos asistenciales.
2. En situaciones de emergencia originadas por catástrofes o accidentes en cualquier lugar de Galicia, el Sistema Público de Salud de Galicia facilitará, a través de sus dispositivos asistenciales, la asistencia sanitaria in situ, el traslado de personas afectadas y la asistencia en los centros más apropiados.
3. La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de los mismos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.
4. Ante situaciones de crisis, alerta o alarma de salud pública, el Sistema Público de Salud de Galicia responderá con mecanismos y acciones precisas que garanticen la protección de la salud de la población.

Artículo 53. *Atención sociosanitaria.*

1. A los efectos de la presente ley, se considera atención sociosanitaria el conjunto de cuidados sanitarios y de aquellos otros que correspondan dentro del sistema de servicios sociales establecido en su normativa específica, destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la atención simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.
2. En el terreno sanitario la atención sociosanitaria comprenderá:

a) Los cuidados sanitarios de larga duración.

b) La atención sanitaria a la convalecencia.
c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes, así como entre los departamentos competentes en materia de sanidad y en materia de servicios sociales de la Xunta de Galicia.

Artículo 54. *Prestaciones farmacéuticas.*

1. La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los y las pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo apropiado y con el menor coste posible para ellos y la comunidad.
2. La Administración sanitaria de la Xunta garantizará la prescripción y dispensación de medicamentos en el Sistema Público de Salud de Galicia en los términos previstos en la legislación vigente.
3. La política autonómica en relación a la prestación farmacéutica promoverá el desarrollo de programas orientados a racionalizar el empleo de los recursos farmacoterapéuticos en los servicios sanitarios y en la prestación sociosanitaria, con criterios de efectividad, seguridad y coste. Del mismo modo, impulsará programas y actividades de información y formación dirigidos a los profesionales sanitarios, así como a la ciudadanía en general.

Artículo 55. *Prestaciones ortoprotésicas.*

1. La prestación ortoprotésica consiste en la utilización de productos sanitarios implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal o bien modificar, corregir o facilitar su función.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la prestación ortoprotésica incluye las prestaciones siguientes:

a) Las prótesis quirúrgicas fijas y su oportuna renovación.
b) Las prótesis ortopédicas permanentes o temporales (prótesis externas) y su oportuna renovación.
c) Los vehículos para personas con discapacidad cuya invalidez así lo aconseje.

3. Esta prestación será facilitada por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente sean fijadas por las administraciones sanitarias competentes.
4. La prescripción será realizada por los facultativos especialistas y/o médicos de atención primaria en la materia correspondiente a la clínica que justifique la prescripción y se ajustará a lo establecido en el catálogo autorizado por la Administración sanitaria, siguiéndose para su prestación el procedimiento regulado por la Administración sanitaria.
5. Las modificaciones del catálogo o la prescripción de productos ortoprotésicos no incluidos en el mismo requerirán la aprobación por la Consellería de Sanidad.

Artículo 56. *Transporte sanitario.*

1. La prestación del transporte sanitario, que deberá ser accesible a las personas con discapacidad, comprende el transporte especial de personas accidentadas o enfermas cuando concurra una situación de urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud de la gente afectada, o exista una imposibilidad física u otras causas clínicas que impidan o incapaciten para la utilización de transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio después de recibir atención sanitaria.
2. La indicación corresponderá al personal sanitario que preste asistencia y/o a la inspección de servicios sanitarios, y su prestación seguirá el procedimiento regulado por la Administración sanitaria.

Artículo 57. *Productos dietéticos.*

1. La prestación de productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.

2. La prescripción corresponderá al facultativo que preste asistencia, obedeciendo su indicación sólo a causas clínicas y siguiéndose para su prestación el procedimiento regulado por la Administración sanitaria.

Artículo 58. *Prestaciones complementarias.*

1. Son prestaciones complementarias todas aquéllas que suponen un elemento adicional y necesario para la consecución de una asistencia completa y adecuada.

2. La prescripción corresponderá al facultativo que preste asistencia, obedeciendo su indicación sólo a causas clínicas y siguiéndose para su prestación el procedimiento regulado por la Administración sanitaria. En todo caso se tendrá en cuenta la disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006, de 26 de julio, sobre garantías y uso racional de los medicamentos.

Artículo 59. *Prestaciones y servicios sanitarios financiados públicamente.*

1. La Comunidad Autónoma de Galicia asegura, como mínimo, a todas las personas a que se refiere el artículo 4 de la presente ley las prestaciones y los servicios de salud individual o colectiva facilitados en cada momento por el Sistema Nacional de Salud, así como la garantía de poder acceder, mediante financiación pública, a las prestaciones o técnicas terapéuticas que, estando reconocidas por el Sistema Nacional de Salud, no se realizan en la comunidad autónoma gallega y puedan resultar beneficiosas para el o la paciente al haber sido prescritas por profesionales del Sistema Público de Salud.

2. La inclusión de nuevas prestaciones y servicios sanitarios financiados públicamente requerirá la aprobación del Consejo de la Xunta, a propuesta de la Consellería de Sanidad y previo sometimiento de los mismos a un proceso de evaluación tecnológica con relación a su seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia, impacto desde el punto de vista económico y desde el punto de vista ético y de su contribución al bienestar individual y social, debiendo garantizarse en todo caso la financiación correspondiente. 3. Serán beneficiarios de las nuevas prestaciones que se incluyan en la financiación pública, a tenor de lo previsto en el apartado anterior, los beneficiarios definidos en el artículo 4.º de la presente ley.

Artículo 60. *Cartera de servicios.*

1. La cartera de servicios del Sistema Público de Salud de Galicia será definida por la Consellería de Sanidad después de un proceso de identificación y selección con relación a las necesidades de salud y a los criterios científicos utilizados en la evaluación de tecnologías sanitarias. El procedimiento de su actualización será definido reglamentariamente.

2. Para garantizar la equidad y accesibilidad a una adecuada atención sanitaria, el Servicio Gallego de Salud, dentro de la cartera de servicios aprobada, establecerá la de cada centro o establecimiento del Sistema Público de Salud de Galicia, conforme al procedimiento que reglamentariamente se determine.

CAPÍTULO VI

Planificación del Sistema público de salud: la Estrategia gallega de salud y sus instrumentos de desarrollo sectorial y territorial

Artículo 61. *La estrategia gallega de salud.*

1. La política sanitaria gallega se programará mediante un documento estratégico de carácter plurianual denominado Estrategia gallega de salud.

2. La Estrategia gallega de salud tendrá un carácter integral, definiendo prioridades y objetivos comunes para los campos de la salud pública, la prevención de riesgos sanitarios, la promoción de la salud, la prestación de asistencia sanitaria y la docencia, formación, investigación e innovación sanitarias. En consecuencia, las personas que ocupen puestos directivos y puestos de jefatura relacionados con estos campos habrán de orientar sus objetivos a las directrices de esta estrategia.

Artículo 62. *Contenidos de la Estrategia gallega de salud.*

La Estrategia gallega de salud habrá de contemplar, al menos, los siguientes extremos:

1. La identificación de los principales problemas de salud que afectan a la población gallega.
2. La identificación de las áreas de mejora en la calidad de las prestaciones y servicios sanitarios del Sistema público de salud de Galicia y en la garantía de los derechos sanitarios de la ciudadanía.
3. Las intervenciones sanitarias y acciones necesarias para mejorar los resultados en salud relacionados con las prioridades sanitarias previamente identificadas.
4. El plazo de vigencia del documento estratégico.

Artículo 63. *Tramitación de la Estrategia gallega de salud.*

1. La Consejería de Sanidad elaborará un borrador de la Estrategia gallega de salud basado en la evidencia científica disponible, los indicadores del Sistema de información de salud de Galicia, la opinión y colaboración de personas expertas y los resultados de las evaluaciones de documentos estratégicos anteriores y de las encuestas de satisfacción o resultados de los procesos de participación de las personas usuarias del Sistema público de salud.
2. Este borrador de la Estrategia gallega de salud será sometido a información pública en el Portal de transparencia y Gobierno abierto de la Xunta de Galicia, estando abierto a las sugerencias de la ciudadanía gallega.
3. Una vez evaluadas las aportaciones, recibidas a través del Portal de transparencia y Gobierno abierto, el borrador se remitirá al órgano superior de la Administración autonómica competente en materia de igualdad para la emisión de un informe en el cual se evalúe el impacto por razón de género de las medidas y acciones previstas.
4. La Consejería de Sanidad presentará el proyecto de Estrategia gallega de salud al Consejo Gallego de Salud, al Consejo Asesor del Sistema Público de Salud de Galicia y al Consejo Asesor de Pacientes de Galicia.
5. A la vista del conjunto de las alegaciones, sugerencias e informes, la Consejería de Sanidad elevará el proyecto de Estrategia gallega de salud al Consello de la Xunta para su aprobación.
6. Una vez aprobada por el Consello de la Xunta, la Estrategia gallega de salud será presentada en el Parlamento de Galicia por la persona titular de la Consejería de Sanidad, será remitida al Ministerio de Sanidad para su conocimiento y será publicada con su texto definitivo en el Portal de transparencia y Gobierno abierto de la Xunta de Galicia.
7. La Consejería de Sanidad informará anualmente al Parlamento de Galicia de la evaluación del cumplimiento de los objetivos marcados por la Estrategia.

Artículo 64. *Desarrollo sectorial de la Estrategia gallega de salud.*

1. La Consejería de Sanidad podrá aprobar planes o programas específicos para desarrollar aspectos concretos de la Estrategia gallega de salud, tanto para el abordaje detallado de uno de los objetivos, problemas o áreas de mejora identificadas en la misma como para el abordaje conjunto de varios de ellos desde un campo particular de la gestión sanitaria.
2. Estos planes y programas habrán de estar alineados con las directrices marcadas por la Estrategia gallega de salud y desarrollarse dentro de su plazo de vigencia.
3. Los documentos de estos planes y programas serán publicados en el Portal de transparencia y Gobierno abierto de la Xunta de Galicia, integrándose la evaluación de sus

resultados específicos dentro de la información que anualmente traslade la Consejería de Sanidad al Parlamento de Galicia con arreglo al apartado 7 del artículo anterior.

Artículo 65. *Desarrollo territorial de la Estrategia gallega de salud. Los planes de salud de área.*

1. Los órganos de dirección y gestión de las áreas sanitarias habrán de elaborar planes de salud que adapten las directrices definidas por la Estrategia gallega de salud a la realidad sanitaria de su ámbito territorial y fijen las acciones a llevar a cabo a través de sus medios y recursos para avanzar en las prioridades marcadas.
2. Los borradores de planes de salud de área serán sometidos a información pública para recoger sugerencias de la ciudadanía, siendo presentados a los respectivos consejos de salud y consejos asesores de pacientes de Galicia.
3. Una vez superados estos procesos, los órganos de dirección y gestión de las áreas sanitarias remitirán los proyectos de planes de salud de área a la Consejería de Sanidad para su aprobación definitiva, en su caso, por parte de la persona titular de la misma.
4. Los instrumentos de organización y gestión regulados en el artículo 97 que se acuerden periódicamente entre los órganos de la Consejería de Sanidad y los órganos de dirección y gestión de las áreas sanitarias habrán de contemplar previsiones específicas para el abordaje de los objetivos de los planes de salud de área directamente alineados con las prioridades marcadas por la Estrategia gallega de salud.

Artículo 66. *Los planes locales de salud.*

Los equipos directivos de los centros de salud elaborarán planes locales de salud que definan prioridades en la mejora de la salud comunitaria de sus zonas sanitarias. Estos planes locales de salud habrán de contemplar medidas específicas para el abordaje de las prioridades marcadas por la Estrategia gallega de salud.

CAPÍTULO VII

Ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia

Artículo 67. *Ordenación territorial.*

1. El Sistema público de salud de Galicia se ordena territorialmente en áreas sanitarias, equivalentes a las áreas de salud previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, en distritos sanitarios y en zonas sanitarias.
2. Las áreas sanitarias, los distritos sanitarios y las zonas sanitarias vendrán determinadas por criterios de carácter funcional, considerando las condiciones geográficas, demográficas, epidemiológicas y de accesibilidad, y conforme a las necesidades de la población y a las directrices de ordenación establecidas por la Xunta de Galicia, teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 56 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.
3. Sin perjuicio de lo anterior, en atención a la singularidad de una zona geográfica, así como a factores sociosanitarios, demográficos, laborales, a las vías de comunicación y a otros que concurran en una determinada población, y considerando las necesidades existentes, se podrán establecer por decreto otras divisiones territoriales adicionales para la atención sanitaria de la población afectada.

Artículo 68. *Áreas sanitarias.*

1. A las áreas sanitarias les corresponde la gestión integrada de los recursos sanitarios asistenciales públicos existentes en su ámbito territorial, así como de las prestaciones y programas que se desarrollen en el mismo ámbito.
2. La división territorial del Sistema público de salud de Galicia se estructura en las siguientes áreas sanitarias:

a) Área sanitaria de A Coruña y Cee.
b) Área sanitaria de Santiago de Compostela y A Barbanza.
c) Área sanitaria de Ferrol.

d) Área sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.
e) Área sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras.
f) Área sanitaria de Pontevedra y O Salnés.
g) Área sanitaria de Vigo.

3. El ámbito geográfico de cada área sanitaria se establecerá en el correspondiente mapa sanitario, que será aprobado por decreto del Consejo de la Xunta. La estructura y las funciones de los órganos de dirección y gestión de las áreas se determinarán reglamentariamente.

4. El área sanitaria será la principal estructura de referencia para la organización de las actividades sanitarias, y su organización asegurará la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles asistenciales y facilitará la coordinación de todos los recursos que correspondan con el fin de configurar un sistema sanitario coordinado e integral.

La estructura y las funciones de los órganos de dirección y gestión de las áreas sanitarias y de los dispositivos sanitarios dependientes de estas, en su caso, se determinarán reglamentariamente.

Artículo 69. *Distritos sanitarios.*

1. Los distritos sanitarios son divisiones territoriales de las áreas sanitarias y constituyen el marco de referencia para la coordinación de los dispositivos de atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria.

2. Cada distrito sanitario contará con un hospital en su ámbito geográfico.

3. El ámbito geográfico de cada distrito sanitario se establecerá en el correspondiente mapa sanitario, que será aprobado por decreto del Consejo de la Xunta. La estructura y las funciones de los órganos de los distritos se determinarán reglamentariamente.

4. En el Sistema público de salud de Galicia se configuran los siguientes distritos sanitarios:

a) Distrito sanitario de A Coruña.
b) Distrito sanitario de Cee.
c) Distrito sanitario de Santiago de Compostela.
d) Distrito sanitario de A Barbanza.
e) Distrito sanitario de Ferrol.
f) Distrito sanitario de Lugo.
g) Distrito sanitario de A Mariña.
h) Distrito sanitario de Monforte de Lemos.
i) Distrito sanitario de Ourense.
j) Distrito sanitario de Verín.
k) Distrito sanitario de O Barco de Valdeorras.
l) Distrito sanitario de Pontevedra.
m) Distrito sanitario de O Salnés.
n) Distrito sanitario de Vigo.

Artículo 70. *Zonas sanitarias.*

1. Las zonas sanitarias son las unidades básicas de prestación de servicios sanitarios. La división en zonas sanitarias de cada distrito se realizará atendiendo a criterios de carácter funcional, considerando las condiciones geográficas, demográficas, epidemiológicas y de accesibilidad, y conforme a las necesidades de la población y a las directrices de ordenación establecidas por la Xunta de Galicia, teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 56 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

2. La división en zonas sanitarias se establecerá en el mapa sanitario que será aprobado por decreto del Consejo de la Xunta de Galicia.

CAPÍTULO VIII

Sistema de Información de Salud y evaluación del Sistema de Salud de Galicia

Artículo 71. *Sistema de Información de Salud de Galicia.*

1. La Consellería de Sanidad creará el Sistema de Información de Salud de Galicia, con los objetivos de disponer de una herramienta útil para la realización de la planificación sanitaria, la verificación del cumplimiento del Estatuto del y la paciente y la realización de la evaluación de la calidad de los servicios y prestaciones sanitarias.

2. La Consellería de Sanidad es la responsable del Sistema de Información de Salud de Galicia y garantizará su funcionamiento continuo, el cumplimiento de la legislación vigente en materia de protección de la información y la utilización de estándares internacionales.

3. Se creará el Centro de Servicios de Tecnologías y Sistemas de Información del Sistema Público de Galicia como centro operativo de la Consellería de Sanidad que actuará en coordinación con otros servicios y centros de información de la Xunta de Galicia. Su estructura, funciones, recursos y régimen de personal serán definidos reglamentariamente, previo informe del Consejo Gallego de Salud.

Artículo 72. *Evaluación del Sistema de Salud de Galicia.*

Serán objeto de evaluación, seguimiento o intervención por parte de la autoridad sanitaria competente:

a) El nivel de adecuación y calidad de las prestaciones sanitarias.

b) El grado de cumplimiento de los derechos reconocidos por la presente ley.

c) El cumplimiento por parte de la población de las obligaciones respecto a los servicios sanitarios contenidos en la presente ley.

d) El cumplimiento en los centros y organismos del Sistema Público de Salud de Galicia de la legislación vigente, en materia de salud laboral, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y situaciones de incapacidad e invalidez.

e) El desarrollo de las políticas y programas sanitarios.

f) Los servicios y actividades sanitarias o asistenciales que el Sistema Público de Salud de Galicia contrate con el sector privado de asistencia sanitaria, de modo que se ajusten a los mismos parámetros, estándares, derechos o criterios de actuación exigibles para los del propio Sistema Público de Salud de Galicia.

g) En general, toda la actividad sanitaria del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma respecto al cumplimiento de las normas sanitarias vigentes.

CAPÍTULO IX

Financiación del Sistema Público de Salud de Galicia

Artículo 73. *Financiación.*

1. El Sistema Público de Salud de Galicia se financiará con criterios de autonomía, equidad, racionalidad, sostenibilidad, solidaridad y suficiencia presupuestaria con cargo a:

a) Los recursos que le correspondan por la participación de la Comunidad Autónoma en los presupuestos del Estado afectos a los servicios y prestaciones sanitarias.

b) Los rendimientos obtenidos por los tributos cedidos total o parcialmente por el Estado a la Comunidad Autónoma con los fines anteriores.

c) Los recursos que le sean asignados a cuenta de los presupuestos de la Comunidad Autónoma.

2. Asimismo, constituyen fuentes de financiación del Sistema Público de Salud de Galicia:

a) Las contribuciones que hayan de realizar las corporaciones locales con cargo a su presupuesto.

b) Los rendimientos de los bienes y derechos propios y de los que tengan adscritos, de acuerdo con lo previsto en la normativa patrimonial de referencia.

c) Las subvenciones, donaciones y contribuciones voluntarias de entidades y particulares.

d) Los ingresos comunes y extraordinarios que esté autorizado a percibir, a tenor de las disposiciones vigentes y de los convenios interadministrativos que pudieran suscribirse para la atención sanitaria, así como cualquier otro recurso que pudiera ser atribuido o asignado.

e) Otros ingresos públicos recogidos en la Ley 14/1986, general de sanidad, así como cualquier otro recurso que pudiera asignarse para la atención sanitaria.

CAPÍTULO X

Contrato de servicios sanitarios

Artículo 74. *El contrato de servicios sanitarios.*

1. El contrato de servicios sanitarios es el instrumento mediante el cual se ordenan las relaciones entre la Consellería de Sanidad y los diferentes proveedores de servicios sanitarios, financiados públicamente, para la consecución de los objetivos del Sistema Público de Salud de Galicia.

2. Del mismo modo, es el instrumento mediante el cual se ordenan las relaciones entre el Servicio Gallego de Salud y las organizaciones, centros, servicios y establecimientos, públicos y privados, para la consecución de los objetivos asistenciales fijados.

3. El contrato de servicios sanitarios revestirá la forma de protocolos internos de actividad-financiación, contratos, contratos-programa, conciertos, convenios, acuerdos u otros instrumentos de colaboración.

4. Reglamentariamente se establecerán los supuestos en que la suscripción de un contrato de servicios sanitarios requiera la acreditación sanitaria previa.

5. Motivadamente, y por razones de interés público, urgencia vital o por necesidades urgentes de asistencia sanitaria, la Consellería de Sanidad podrá establecer, mediante resolución, excepciones al requisito de previa acreditación sanitaria. Con el mismo carácter de excepcionalidad podrá autorizarse el uso de servicios sanitarios no concertados.

6. Los servicios y actividades sanitarias o asistenciales que el Sistema Público de Salud de Galicia contrate con el sector privado de asistencia sanitaria habrán de ajustarse a los mismos parámetros, estándares, derechos o criterios de actuación exigibles para los del propio Sistema Público de Salud de Galicia.

TÍTULO III

De las competencias del Sistema Público de Salud de Galicia

CAPÍTULO I

La Administración autonómica

Artículo 75. *Consejo de la Xunta de Galicia.*

Corresponde al Consejo de la Xunta de Galicia el ejercicio de las competencias siguientes:

a) El establecimiento de las directrices de la política de protección de la salud de la Comunidad Autónoma de Galicia.

b) La aprobación del Plan de salud de Galicia.

c) La aprobación de las directrices de política sanitaria de la Xunta de Galicia.

d) La aprobación de la ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia.

e) La aprobación de la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud.

f) La aprobación del proyecto de presupuesto de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud.

g) El nombramiento y cese de los altos cargos de la Administración pública sanitaria de la Xunta de Galicia.

h) La autorización para la constitución o participación de la Xunta de Galicia o del Servicio Gallego de Salud en entidades de nueva creación o ya existentes que actúen en el ámbito sanitario o sociosanitario, de acuerdo con lo establecido en la legislación financiera y presupuestaria, así como patrimonial de la comunidad autónoma.

i) La autorización de la suscripción de convenios con la Administración general del Estado y con otras comunidades autónomas.

j) La aprobación de las normas de autorización y acreditación que han de cumplir los centros, servicios y establecimientos a los efectos de la prestación de servicios sanitarios en Galicia.

k) La aprobación de nuevas prestaciones, entendidas en el sentido de lo señalado en el capítulo V del título II de la presente norma.

l) Los acuerdos de creación de hospitales públicos en Galicia.

m) Las restantes competencias que le atribuye la normativa vigente.

Artículo 76. *Consellería de Sanidad.*

Corresponde a la Consellería de Sanidad el ejercicio de las competencias siguientes:

a) La evaluación, en términos de salud y actividad, del funcionamiento del Sistema Público de Salud de Galicia.

b) La elaboración, desarrollo y coordinación de la ejecución de las directrices de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma de Galicia.

c) La elaboración del proyecto del Plan de salud de Galicia y su remisión al Consejo de la Xunta de Galicia.

d) La definición y establecimiento de los objetivos relativos a los derechos de la ciudadanía y su comunicación y garantía.

e) La planificación de la ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia.

f) La propuesta sobre incorporación de nuevas prestaciones en el Sistema Público de Salud de Galicia, así como la actualización de la cartera de servicios.

g) La planificación estratégica de la política de recursos humanos conjunta del Sistema Público de Salud de Galicia, sin perjuicio del ejercicio de planificación que cada organización especializada haya de realizar.

h) El nombramiento y cese del personal directivo de la Consellería de Sanidad y los de los entes, organismos y/o instrumentos de gestión a ella adscritos, en tanto que titular de su presidencia.

i) La aprobación del anteproyecto de presupuesto del Servicio Gallego de Salud y de los correspondientes a otras entidades con personalidad jurídica propia adscritas a la Consellería.

j) La propuesta de los módulos económicos para la prestación de servicios propios y la aprobación de los concertados.

k) La articulación y gestión del registro único de profesionales señalado en el artículo 34.º de la presente ley.

l) La autorización para la creación, modificación, traslado y supresión o cierre de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Su registro y catalogación.

m) La confección de los estándares de calidad y la determinación de los criterios y mecanismos de autorización y acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, y la remisión de los mismos al Consejo de la Xunta para su aprobación.

n) La inspección sanitaria en su ámbito competencial.

o) El ejercicio de la potestad disciplinaria en relación al personal con destino en la Consellería de Sanidad y en el Servicio Gallego de Salud, con excepción de la sanción de separación del servicio, y sin perjuicio de las competencias que en esta materia tenga atribuidas la persona titular de la Consellería competente en materia de administración pública.

p) El ejercicio de la potestad sancionadora sobre los centros, servicios y establecimientos sanitarios, salvo la imposición de sanciones pecuniarias atribuidas al Consejo de la Xunta con arreglo a lo establecido en el artículo 45 de la presente ley.

q) La vigilancia y control de la publicidad susceptible de repercutir positiva o negativamente sobre la salud de las personas.

r) Los registros, autorizaciones sanitarias obligatorias e inspecciones de cualquier tipo de instalaciones, establecimientos, servicios, actividades y productos, directa o indirectamente relacionados con la salud de la población, sin perjuicio de las competencias de otras Consellerías y de las corporaciones locales.

s) La definición, comunicación y establecimiento de objetivos y garantías de cumplimiento de los criterios de gestión incorporados en la prestación de servicios sanitarios.

t) La planificación, generación, puesta a disposición y evaluación de los recursos necesarios para la prestación de servicios sanitarios dentro del Sistema Público de Salud de Galicia.

u) La provisión directa de servicios sanitarios.

v) Las restantes competencias que le atribuye la normativa vigente, sin perjuicio de las competencias de otros departamentos o administraciones.

Artículo 77. *Instrumentos de gestión de la Consellería de Sanidad y de los organismos dependientes de la misma.*

1. Para el ejercicio de sus competencias, la Consellería de Sanidad y los organismos dependientes de la misma podrán:

a) Desarrollarlas directamente o a través de organismos autónomos, entes públicos de carácter institucional o agencias públicas vinculadas orgánicamente al Servicio Gallego de Salud o a la Consellería de Sanidad y con el objetivo posible de crear estructuras específicas vinculadas a criterios técnicos o territoriales para gestiones especializadas (emergencias, transfusión, aprovisionamientos, evaluación de tecnologías, desarrollo de tecnologías de la información, docencia, investigación o para evaluación de sistemas de promoción profesional).

La relación entre dichas entidades, como medio propio instrumental y servicio técnico de la administración, con la Consellería de Sanidad o el Servicio Gallego de Salud se regulará, tanto para la prestación de servicios sanitarios como de otros incluidos en su objeto social o finalidad, a través de los instrumentos contemplados en el artículo 74, los cuales permitirán vincular el funcionamiento de aquéllas y su financiación con los criterios de planificación de la Consellería o del Servicio Gallego de Salud y con las necesidades de los usuarios y usuarias.

b) Delegar funciones en el Servicio Gallego de Salud u otros organismos o entidades adscritos a la Consellería de Sanidad.

c) Establecer encomiendas de gestión, acuerdos, convenios o contratos –cualquiera que sea su tipología y modalidad– con entidades públicas o privadas.

d) Participar en cualquier otra entidad pública o privada, cuando así convenga a la gestión y ejecución de las competencias asignadas.

2. Corresponde al Foro de Participación Institucional de Sanidad y al Consejo Gallego de Salud conocer y emitir informe sobre los expedientes de autorización de la constitución o participación de la comunidad autónoma en los organismos y entidades de nueva creación o ya existentes a que se refiere el apartado anterior.

3. Corresponde al Consejo de la Xunta autorizar la constitución o participación de la comunidad autónoma en los organismos y entidades de nueva creación o ya existentes a que se refiere el apartado 1 del presente artículo, de acuerdo con lo establecido en la legislación financiera y presupuestaria así como patrimonial de la comunidad autónoma.

Artículo 78. *Asesoramiento y consulta.*

1. El Consejo Asesor del Sistema Público de Salud de Galicia es el órgano no colegiado superior de consulta y asesoramiento de la Consellería de Sanidad.

2. El Consejo Asesor del Sistema Público de Salud de Galicia estará integrado mayoritariamente por profesionales del mismo. La composición, en su caso, y las normas generales de organización y funcionamiento del consejo se determinarán por orden de la persona titular de la Consellería de Sanidad.

3. El Consejo Asesor del Sistema Público de Salud de Galicia contará con una secretaría permanente, que lo coordinará y le prestará soporte técnico y logístico.

4. El nombramiento de las personas que formen parte del Consejo Asesor del Sistema Público de Salud de Galicia será, en todo caso, a título individual, procurándose una composición paritaria de mujeres y hombres. Dicho nombramiento podrá hacerse con carácter temporal, en tanto duren las funciones de asesoramiento asignadas a la persona titular del mismo, o bien con carácter permanente, comportando en este caso la disponibilidad de la persona nombrada para prestar cometidos de asesoramiento cuando le sean requeridos.

5. La persona titular de la consejería competente en materia de sanidad podrá designar asesores o asesoras sectoriales en materias específicas relacionadas con la asistencia y organización sanitarias, la salud pública y la docencia e investigación en las ciencias de la salud y, en general, en cualquier otra materia de interés sanitario respecto a la cual resultase conveniente recabar asesoramiento especializado. Estas personas podrán prestar asesoramiento individualmente o integrando grupos de trabajo. En particular, se promoverá la actuación de grupos de trabajo integrados por profesionales cualificados y cualificadas para el asesoramiento en la gestión de crisis sanitarias y en la adopción de medidas preventivas adecuadas para el control de enfermedades transmisibles.

Artículo 79. *Organizaciones, entidades y centros públicos proveedores de servicios sanitarios.*

Corresponde a las organizaciones, entidades o centros públicos proveedores de servicios sanitarios las funciones siguientes:

1. La planificación, disposición, distribución y gestión de los recursos técnicos, humanos y económicos precisos para cumplir con la prestación de las actividades acordadas con la Consellería.

2. La articulación, en su caso, de las áreas de gestión clínica y la garantía en la aplicación de las guías de práctica clínica, vías clínicas, y planes y programas en su área de responsabilidad.

3. La celebración de contratos de servicios sanitarios con terceros.

CAPÍTULO II

La Administración local

Artículo 80. *Competencias de la Administración local.*

1. Las entidades locales participarán en el Sistema Público de Salud de Galicia en los términos previstos en la presente ley y disposiciones que la desarrollen, en la Ley general de sanidad y demás legislación específica.

2. Las entidades locales ejercerán las competencias que en materia sanitaria les atribuye la legislación de régimen local y las restantes que les confiere el ordenamiento jurídico.

3. Los municipios, sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, tendrán con relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios las siguientes obligaciones derivadas de sus competencias:

a) La prestación de los servicios mínimos obligatorios determinados en la legislación de régimen local en lo referente a los servicios de salud y a los regulados en la presente ley.

b) El control sanitario del medio natural, y, en especial, la contaminación atmosférica, ruidos y vibraciones, abastecimiento y saneamiento de aguas, residuos urbanos.

c) El control sanitario de industrias, actividades, servicios y transportes que impacten en la salud de su ciudadanía.

d) El 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 física, deportiva y de recreo.

e) El control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos relacionados con el uso o consumo humano, así como de los medios para su transporte que estén dirigidos a los ciudadanos y ciudadanas del municipio.

f) El control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

g) El desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos que se prevean en los planes de salud.

h) La participación en órganos de dirección y/o participación de las organizaciones públicas de salud en la forma que reglamentariamente se determine.

i) La colaboración, en los términos en que se acuerde en cada caso, en la construcción, reforma y/o equipación de centros y servicios sanitarios.

4. Además, los municipios podrán realizar actividades complementarias de las que sean propias de otras administraciones públicas en las materias objeto de la presente ley, en los términos establecidos en la legislación reguladora del régimen local.

5. Igualmente, los municipios podrán prestar los servicios relacionados con las materias objeto de la presente ley que se deriven de las competencias que en los mismos delegue la Xunta de Galicia al amparo de la legislación de régimen local y en aplicación del Plan de acción local de Galicia.

6. Para el desarrollo de las funciones relacionadas en los apartados anteriores, los municipios solicitarán el apoyo técnico del personal y los medios de las áreas sanitarias en que se encuentren comprendidos. El personal sanitario de la Consellería de Sanidad, del Servicio Gallego de Salud u otras organizaciones públicas proveedoras de servicios que presta apoyo a los municipios tendrá, a estos efectos, la consideración de personal al servicio de éstos, con sus obligadas consecuencias en cuanto al régimen de recursos y responsabilidades personales y patrimoniales.

7. La elaboración y desarrollo de la normativa municipal en las materias objeto de la presente ley incluirá su conocimiento previo por parte de la Consellería de Sanidad, a favor de la efectiva coordinación y eficacia administrativa.

8. Los planes sanitarios generales de Galicia se pondrán en conocimiento de las entidades locales de Galicia, a través de sus organizaciones representativas. Los planes especiales se remitirán a los municipios a los que afecten.

9. Para un mejor cumplimiento de los fines de la presente ley las entidades locales podrán establecer convenios con la Administración sanitaria autonómica.

Artículo 81. *Delegación de competencias en la Administración local.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos anteriores, las entidades locales podrán asumir competencias delegadas por la Consellería de Sanidad, siempre y cuando acrediten poder ejecutar plenamente las funciones que en materia de salud les asigne como competencia propia la legislación vigente y obtengan la pertinente acreditación para la delegación de tales competencias en la forma que reglamentariamente se determine.

2. Las competencias a que se refiere el apartado anterior sólo podrán ser delegadas, de acuerdo con los principios de autonomía municipal y responsabilidad financiera, cuando las entidades locales asuman los resultados económicos de su gestión.

TÍTULO IV

De las relaciones del Sistema Público de Salud de Galicia con la Unión Europea, la Administración general del Estado y otras comunidades autónomas

CAPÍTULO I

De la relación con otros países, instituciones internacionales sanitarias y la Unión Europea

Artículo 82. *Relación con otros países e instituciones internacionales sanitarias.*

1. El Gobierno de Galicia, a través de la Consellería de Sanidad, realizará las actividades de colaboración sanitaria con otros países e instituciones internacionales sanitarias con el objetivo de lograr un impacto en la salud de la población, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 38.º 1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

2. Del mismo modo, podrá formalizar acuerdos de colaboración sanitaria con autoridades sanitarias de otros países a los efectos de garantizarles la adecuada prestación sanitaria a las comunidades gallegas asentadas en el exterior. 3. Estas líneas de colaboración podrán ser recogidas en acuerdos o convenios que serán tramitados siguiendo la normativa vigente en esta materia.

Artículo 83. *Actuación de la Xunta con la Unión Europea.*

1. En las materias objeto de la presente ley, corresponde a la Xunta de Galicia la transposición, desarrollo y ejecución de la normativa comunitaria en aquellos ámbitos que sean propios de su competencia al amparo de lo previsto en la Constitución y el Estatuto de autonomía de Galicia.

2. La Xunta de Galicia participará de modo efectivo en el proceso de formación de la voluntad del Estado español en lo referente a la adopción de decisiones y la emisión de actos normativos por los órganos de la Comunidad Europea que afecten a las materias objeto de la presente ley, en los términos previstos en las leyes y convenios que se establezcan con la Administración del Estado.

CAPÍTULO II

De las relaciones con la Administración del Estado

Artículo 84. *De las relaciones de cooperación con la Administración del Estado.*

1. En las materias objeto de la presente ley, la Xunta de Galicia participará de modo efectivo en el ejercicio de las competencias que de acuerdo con el bloque de la constitucionalidad corresponden al Estado, en los términos que establecen las leyes y los convenios que se suscriban con éste, y, en particular, por lo que se refiere al establecimiento de las bases, la coordinación general de la sanidad y el alta inspección, todo ello sin perjuicio de lo previsto en el apartado 4 del presente artículo. Esta participación se dirigirá a la consecución de una coordinación, integración y aprovechamiento de las actividades y actuaciones que desarrolla cada comunidad autónoma en materia sanitaria, a fin de mejorar la salud de toda la población.

2. En defecto de leyes estatales que garanticen la efectiva participación a que se refiere el apartado anterior o al objeto de completar las previsiones que al respecto se contienen en las mismas, el Consejo de Gobierno de la Xunta de Galicia promoverá con la indicada finalidad la celebración de los oportunos convenios con la Administración del Estado conforme a lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y disposiciones concordantes.

3. Igualmente, en defecto de leyes estatales que así lo establezcan, la Xunta de Galicia promoverá la celebración de los oportunos convenios con la Administración del Estado, así como la adopción de cuantas medidas sean precisas para hacer efectiva la participación de

aquélla en los órganos de gobierno de los organismos y entidades dependientes de la Administración general del Estado, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, que desarrollen su actividad en las materias objeto de la presente ley.

4. Por razones de eficacia, la Xunta de Galicia promoverá la celebración de los oportunos convenios con la Administración general del Estado a fin de encomendar a los órganos de la comunidad u organismos o entidades de ella dependientes, en el ámbito territorial de Galicia, la prestación de los servicios y el desempeño de las competencias ejecutivas y de inspección y control que en materia sanitaria corresponden al Estado de acuerdo con el bloque de la constitucionalidad, todo ello sin perjuicio de su eventual transferencia o delegación a esta comunidad.

5. La Xunta de Galicia podrá acordar la realización de planes y programas conjuntos de actuación con la Administración general del Estado para el logro de objetivos comunes en las materias objeto de la presente ley, conforme a lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y disposiciones concordantes.

CAPÍTULO III

De las relaciones con otras comunidades autónomas y las comunidades gallegas en el exterior en materia sanitaria

Artículo 85. *De las relaciones de cooperación con otras comunidades autónomas.*

1. La Xunta de Galicia podrá establecer relaciones de cooperación con otras comunidades autónomas para la consecución de objetivos comunes en las materias objeto de la presente ley mediante cualquiera de las fórmulas admitidas en derecho y, en su caso, mediante la celebración de los oportunos convenios de colaboración y acuerdos de cooperación, que se tramitarán con arreglo a lo establecido en los artículos 145.2.º de la Constitución, 35 del Estatuto de autonomía de Galicia y 4.8.º de la Ley 1/1983, de 22 de febrero, reguladora de la Xunta y de su Presidencia.

2. Además, podrá acordar la realización de planes y programas conjuntos de actuación con otras comunidades autónomas para el logro de objetivos de interés común, en especial de carácter territorial con relación a la protección de la salud y la provisión de los servicios sanitarios y sociosanitarios en áreas limítrofes y de carácter sectorial con relación a la atención de determinadas patologías o ámbitos de la asistencia en concreto y/o colectivos necesitados de especial protección.

Artículo 86. *De las relaciones de cooperación con las comunidades gallegas en el exterior.*

1. La Xunta de Galicia podrá firmar acuerdos de colaboración y cooperación con las comunidades gallegas asentadas en el exterior en el marco previsto en el Estatuto de autonomía.

2. Los convenios y acuerdos de colaboración y cooperación podrán consistir en la adopción de fórmulas de gestión directa o indirecta de los centros asistenciales pertenecientes a las comunidades gallegas y en el reconocimiento, de acuerdo con el principio de reciprocidad, a la prestación de asistencia sanitaria a sus miembros en desplazamientos temporales a la comunidad autónoma.

TÍTULO V

Del sector privado de atención sanitaria y sus relaciones con el Sistema Público de Salud de Galicia

Artículo 87. *Autorización y acreditación de centros.*

Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad privada que presten servicios en la comunidad autónoma deberán ser autorizados siguiendo la regulación establecida. Reglamentariamente se determinarán los supuestos en que habrán de contar con la acreditación correspondiente.

Artículo 88. *Complementariedad y subsidariedad del sector sanitario privado.*

1. Para la consecución de los objetivos y principios rectores del Sistema Público de Salud de Galicia se reconoce la importancia del sector privado de atención sanitaria como complementario y subsidiario a toda su actividad.

2. Para la cooperación del sector privado de atención sanitaria con el Sistema Público de Salud de Galicia, y sin perjuicio de lo dispuesto expresamente en la presente ley, el Plan de salud de Galicia determinará además las acciones que durante su vigencia sean susceptibles de una acción conjunta.

Artículo 89. *Mecanismo de relación con el Sistema Público de Salud de Galicia.*

1. La colaboración del sector privado de atención sanitaria con el Sistema Público de Salud de Galicia se instrumentará a través de las diferentes fórmulas de contratos de servicios definidas en el artículo 74 de la presente ley.

2. Los contratos de servicios se realizarán en igualdad de condiciones de eficacia, eficiencia y calidad, teniendo en cuenta los principios de subsidiariedad, complementariedad y optimización, la adecuada coordinación en la utilización de recursos públicos y privados y las necesidades de atención sanitaria.

3. Las entidades y organizaciones sin ánimo de lucro tendrán consideración preferente para la celebración de contratos de servicios, en los términos expresados en el apartado anterior.

Artículo 90. *Gestión de los contratos de servicios con el sector privado de atención sanitaria.*

1. Para la realización de contratos de servicios con la Consellería de Sanidad u organismos dependientes de la misma y con el Servicio Gallego de Salud, las entidades e instituciones deberán reunir los requisitos establecidos en los reglamentos vigentes.

2. No podrán realizarse contratos de servicios con aquellas entidades e instituciones en que presten su actividad profesionales con funciones directivas en el Sistema Público de Salud de Galicia.

3. No podrán contratarse servicios a entidades e instituciones privadas cuando éstos sean realizados por personal vinculado laboralmente al Sistema Público de Salud de Galicia, aunque se encuentre en situación legal de compatibilidad.

4. Los contratos cumplirán las especificaciones que reglamentariamente se determinen y, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 74.6 de la presente ley, la prestación de estos servicios se hará con sujeción al sistema de garantías de los derechos y deberes sanitarios contemplados en la presente ley.

Artículo 91. *Garantía de los derechos en el sector sanitario privado.*

1. Los centros y establecimientos sanitarios privados, para poder prestar servicios sanitarios a sus usuarios y usuarias, deberán cumplir todas las exigencias normativas en materia de protección de salud que sean de aplicación.

2. Respetando el peculiar régimen económico de cada centro sanitario, los derechos contemplados en los artículos 5, 6, 7, 8, 9 y 10 de la presente ley serán garantizados por los centros y establecimientos sanitarios privados. Igualmente cumplirán con aquellos otros derechos recogidos en la normativa vigente y cuyo alcance incluya a los centros y establecimientos sanitarios privados.

3. Para la actividad que presten en régimen de concierto con el Sistema Público de Salud de Galicia, se estará a lo dispuesto en los artículos 12, 13 y 74.6 de la presente ley.

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 93. *Centros y servicios.*

1. Integran el Servicio Gallego de Salud los centros, servicios y establecimientos sanitarios y administrativos creados por la Administración de la Xunta de Galicia o procedentes de transferencias, así como las entidades sanitarias de naturaleza pública que se le adscriban.

2. Se integrarán, de la manera que reglamentariamente se determine y tras su liquidación, en el Servicio Gallego de Salud o adscritas a la Consellería de Sanidad, según el artículo 77.1.a) de la presente ley, las fundaciones públicas sanitarias y las sociedades públicas sanitarias, ambas de carácter asistencial.

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.

Artículo 95. *Instrumentos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Gallego de Salud.*

El Servicio Gallego de Salud podrá utilizar los instrumentos de gestión contemplados en el artículo 74.

CAPÍTULO II

Organización

Artículo 96. *Órganos de administración.*

1. Será presidente o presidenta del Servicio Gallego de Salud la persona titular de la Consellería de Sanidad.

2. El Servicio Gallego de Salud dispondrá de un consejo de dirección que será presidido por la persona titular de la Consellería de Sanidad o un alto cargo designado por ésta como director-gerente.

3. Tendrá los órganos directivos que reglamentariamente se determine.

4. La estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud, tanto en su nivel central como periférico, se determinará reglamentariamente, según las necesidades asistenciales de la ciudadanía en cada territorio y atendiendo a los principios de eficacia, eficiencia, simplicidad, transparencia y cercanía. En todo caso, habrá de tenerse en cuenta la ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia vigente en cada momento. Se definirán también los órganos unipersonales mínimos de dirección propios.

CAPÍTULO III

Organización de servicios. Centros sanitarios. Organización y gestión

Artículo 97. *Instrumentos de organización y gestión.*

1. La modernización del sistema requiere la introducción de modelos de gestión que dinamicen el servicio público y garanticen un marco de innovación tecnológica adecuado, a fin de obtener la mayor rentabilidad social.
2. Se introducirán fórmulas organizativas con una visión horizontal e integradora de los procesos asistenciales y se adoptarán las medidas que fomenten la coordinación, colaboración y cooperación.
3. Estas fórmulas organizativas tenderán a superar la compartimentación existente, especialmente en los hospitales, y la relación primaria-hospitalaria fruto de la progresiva especialización y de la fragmentación del trabajo, haciendo compatible éste con una atención horizontal de las necesidades asistenciales de los y las pacientes y facilitando una mayor autonomía de gestión de los centros y establecimientos sanitarios.
4. Todo instrumento de organización y gestión se articulará bajo el principio básico de garantía de la participación real y efectiva de los profesionales en la gestión del centro y/o área sanitaria.

CAPÍTULO IV

Régimen jurídico

Artículo 98. *Régimen jurídico de los actos.*

El régimen jurídico de los actos emanados de los órganos de dirección y gestión del Servicio Gallego de Salud será el establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y en la normativa de organización y funcionamiento de la Administración de la comunidad autónoma.

CAPÍTULO V

Medios materiales y régimen patrimonial

Artículo 99. *Medios materiales.*

El Servicio Gallego de Salud contará con los medios materiales precisos para el cumplimiento de los fines que la presente ley le atribuye.

Artículo 100. *Patrimonio.*

1. Constituye el patrimonio propio del Servicio Gallego de Salud todos los bienes y derechos que le pertenezcan a la entrada en vigor de la presente ley o que adquiera o reciba en el futuro por cualquier título.
2. Constituye el patrimonio adscrito al Servicio Gallego de Salud:

a) Los bienes y derechos del patrimonio de la comunidad autónoma afectos a servicios de asistencia sanitaria que tenga adscritos o que se le adscriban.
b) Los bienes y derechos de toda índole afectos a los servicios de asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social transferidos a la Xunta de Galicia, con pleno respeto a lo previsto en la disposición adicional séptima de la Ley general de sanidad.
c) Los bienes y derechos de las entidades locales que se le adscriban.
d) Cualesquier otros bienes y derechos adquiridos por otro título jurídico.

Artículo 101. *Régimen jurídico del patrimonio.*

1. El régimen jurídico del patrimonio del Servicio Gallego de Salud se regirá por lo establecido en la presente ley y, en su defecto, por lo dispuesto en la normativa reguladora

del patrimonio de la Comunidad Autónoma de Galicia, debiendo ajustarse a los principios siguientes:

a) El Servicio Gallego de Salud tiene plena capacidad para adquirir y poseer bienes y derechos por los medios establecidos en el ordenamiento jurídico, así como para ejercer las acciones y recursos que procedan para la defensa y tutela de su patrimonio.

b) Son bienes de dominio público del Servicio Gallego de Salud los afectos a la prestación directa de servicios públicos propios del organismo y los inmuebles de su propiedad en que se alojen sus unidades y entidades dependientes de su administración, y como tal disfrutan de los beneficios tributarios que les sean de aplicación.

c) Se aplicará el régimen jurídico demanial a los derechos reales del Servicio Gallego de Salud en los que concurran las circunstancias descritas en el apartado anterior.

d) La declaración de utilidad pública se entiende implícita en toda expropiación relativa a obras y servicios que sean competencia del Servicio Gallego de Salud para el cumplimiento de las funciones y la consecución de los fines fijados por la ley.

2. El Servicio Gallego de Salud podrá adquirir por sí mismo bienes inmuebles y derechos a título gratuito previa autorización del Consejo de la Xunta. Las adquisiciones gratuitas de bienes muebles podrá hacerlas directamente sin necesidad de autorización previa, dejando constancia en el expediente de la conveniencia de la adquisición.

3. El Servicio Gallego de Salud podrá arrendar directamente los inmuebles que sean necesarios para el desarrollo de sus funciones, debiendo publicar el anuncio y la adjudicación en el Diario Oficial de Galicia. No obstante, se exceptuará la publicación del anuncio en aquellos casos en que se acredite que basándose en las peculiaridades del bien haya de arrendarse un inmueble determinado.

4. El Servicio Gallego de Salud podrá disponer de los bienes y derechos que le pertenezcan en propiedad y que no sean necesarios para el ejercicio de sus funciones.

5. Podrán cederse los bienes muebles propiedad del organismo a terceros en el marco de relaciones de colaboración y para fines de interés sanitario. También podrán cederse con fines benéficos bienes muebles de los que no se prevea su utilización.

Artículo 102. *Inventario.*

El Servicio Gallego de Salud llevará un inventario de los bienes y derechos que integran su patrimonio a los efectos de conocer en todo momento la naturaleza y calificación de los mismos, así como su situación, uso y destino.

CAPÍTULO VI

Régimen financiero, presupuestario y contable

Artículo 103. *Régimen financiero.*

El Servicio Gallego de Salud se financiará con los recursos que le sean asignados con cargo a los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Galicia, entre los cuales podrán figurar los siguientes:

a) Los destinados por la comunidad autónoma a la financiación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social por la aplicación de lo establecido 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 y ciudades con estatuto de autonomía.

b) La parte que, en razón a las funciones conferidas, pueda corresponderle por la participación de la Xunta de Galicia en los recursos destinados a financiar la gestión de los servicios sanitarios.

c) Las aportaciones que hayan de realizar las entidades locales con cargo a sus presupuestos, en su caso.

d) Los productos y rentas de toda índole procedentes de los bienes y derechos que integran su patrimonio, propio o adscrito.

e) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que legal o convencionalmente esté autorizado a percibir y, en particular, los ingresos procedentes de la prestación de servicios sanitarios cuando existan terceros obligados al pago y los procedentes de acuerdos con entidades aseguradoras de asistencia sanitaria o con otras comunidades autónomas.

f) Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.

g) Cualesquier otros recursos que puedan serle atribuidos o asignados.

Artículo 104. *Presupuesto.*

El presupuesto del Servicio Gallego de Salud ha de orientarse de acuerdo con las previsiones contenidas en el Plan de salud de Galicia y en las directrices de política sanitaria de la comunidad autónoma, ha de incluirse en los presupuestos de la Xunta de forma diferenciada y se regirá por las disposiciones del Decreto legislativo 1/1999, de 7 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de régimen financiero y presupuestario de Galicia.

Artículo 105. *Contabilidad.*

El Servicio Gallego de Salud estará sometido al régimen de contabilidad pública en los términos que se establecen en el Decreto legislativo 1/1999, de 7 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de régimen financiero y presupuestario de Galicia, y disposiciones concordantes.

Artículo 106. *Régimen de control.*

La Intervención General de la Xunta de Galicia ejercerá sus funciones en el ámbito del Servicio Gallego de Salud, en los términos que establece el Decreto legislativo 1/1999, de 7 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de régimen financiero y presupuestario de Galicia, y demás disposiciones que resulten de aplicación.

TÍTULO VII

De la organización de la salud pública en el Sistema Público de Salud de Galicia

Artículo 107. *La organización de la salud pública.*

1. Para el adecuado desarrollo de las competencias que en el ámbito sanitario corresponden a la Comunidad Autónoma de Galicia y para la provisión de los servicios y prestaciones de salud pública de cobertura pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, la Consellería de Sanidad se dotará de la estructura organizativa y de gestión que mejor permita el adecuado desarrollo de las funciones siguientes:

a) La prestación directa de servicios de salud pública en sus propios centros, servicios y establecimientos o en los adscritos a ella.

b) El desarrollo de los programas de actuación sanitaria.

c) El gobierno, dirección y gestión de los centros y servicios propios o adscritos.

d) La coordinación y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le sean asignados para el cumplimiento de sus fines.

e) La promoción de la docencia e investigación en salud pública.

f) El desarrollo de programas de calidad y mejora de la salud pública y de mejora de gestión.

g) La celebración de contratos de servicios sanitarios con organizaciones, centros, servicios y establecimientos, para la consecución de los objetivos fijados con la Consellería de Sanidad.

h) El fomento de la evaluación del impacto en salud para garantizar que se tengan en cuenta las repercusiones que sobre la salud puedan tener las decisiones sobre políticas públicas.

i) La vigilancia epidemiológica y el manejo de los sistemas de información y de protección y promoción de la salud.

2. Se autoriza al Consejo de la Xunta de Galicia para modificar la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad con el objeto de crear el Centro Gallego para el Control y Prevención de las Enfermedades, como órgano técnico especializado, responsable del asesoramiento y coordinación de las estrategias y políticas de salud pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, en cumplimiento de las previsiones contenidas en los artículos 49, 77 y 107.1 de esta ley y en el artículo 23 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública.

3. El Centro Gallego para el Control y Prevención de las Enfermedades, con nivel orgánico mínimo de subdirección general, se adscribirá a la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública.

Sin perjuicio de tal adscripción, operará como estructura de gestión compartida entre la Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud y tendrá los siguientes objetivos:

a) Emplear la totalidad de los recursos disponibles en el Sistema de Salud de Galicia de modo coordinado, de forma que permita la disponibilidad de toda la información, criterios epidemiológicos y estratégicos, aprovechando y optimizando el empleo de los recursos asistenciales y preventivos disponibles, para la preservación y mejora de la salud de la ciudadanía.

b) Ofertar y prestar un servicio integral en la identificación, planificación y traslación de la información relevante tanto a las autoridades y profesionales responsables de la prestación asistencial directa como a la población en general.

c) Estudiar e implementar estrategias que permitan la recomendación de medidas, hábitos de vida o actividades encaminadas a impedir la extensión de las enfermedades o a mejorar las patologías crónicas.

d) Proporcionar asesoramiento técnico en materia de salud pública y en la evaluación de intervenciones en salud pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia o en colaboración con otras administraciones.

e) Contribuir a la preparación del Sistema Público de Salud de Galicia ante riesgos y amenazas para la salud pública y a la coordinación técnica de la respuesta a aplicar.

f) Reforzar la coordinación operativa con las instituciones de salud pública de las distintas administraciones públicas, así como servir de punto de enlace con otros centros e instituciones de salud pública en las materias de su competencia.

g) Impulsar el trabajo en red con todos los recursos administrativos disponibles, y con las entidades académicas y de investigación, para articular una política de salud integral, garantizando la seguridad sanitaria y abordando de manera solvente los retos presentes y futuros para la salud pública.

h) Contribuir al desarrollo profesional de las personas trabajadoras en la salud pública, a su capacitación, captación y retención del talento, así como a la generación y movilización del conocimiento.

i) Desarrollar otras tareas o funciones que, en su ámbito de actuación, le sean encomendadas por los órganos y entidades del sector público, y aquellas que le atribuyan las normas de estructura orgánica de la consejería competente en materia de sanidad.

4. El Centro Gallego para el Control y Prevención de las Enfermedades realizará el seguimiento y la evaluación de la Estrategia Gallega de Salud en cuanto se refiera a la salud pública y coordinará las acciones desarrolladas por los centros en esta materia.

5. Para el desarrollo de sus competencias, el Centro Gallego para el Control y Prevención de las Enfermedades podrá disponer de personal laboral, funcionario de administración general y de la escala de salud pública y administración sanitaria, así como de una plantilla diferenciada de personal estatutario diplomado y licenciado sanitario especialista en medicina preventiva y salud pública, que podrá ampliarse a otras especialidades, atendiendo a las especificidades de las funciones que se deban desempeñar.

6. Las condiciones laborales y retributivas de las/de los profesionales que desarrollen sus competencias en este centro serán las propias de su régimen de vinculación, para cada

una de las categorías y puestos ocupados. Asimismo, la selección del personal y la provisión de plazas se efectuará conforme a las normas rectoras de su respectivo estatuto regulador.

7. Con el fin de conseguir la adecuada planificación e integración de los recursos de salud pública que mejore la respuesta ante situaciones de emergencia sanitaria y en la prevención y vigilancia de la salud poblacional, las/los profesionales del Sistema Público de Salud de Galicia que desarrollen sus competencias en las jefaturas territoriales de la Consejería de Sanidad y en las gerencias de las áreas sanitarias del Servicio Gallego de Salud, en los ámbitos del control y prevención de enfermedades, actuarán bajo la coordinación funcional de la persona titular del órgano directivo de la Consejería de Sanidad con competencias en materia de salud pública.

TÍTULO VIII

De los empleados y empleadas públicos de la salud del Sistema Público de Salud de Galicia

CAPÍTULO I

Ámbito y régimen jurídico

Artículo 108. *Empleado público de la salud.*

1. A los efectos de la presente ley son empleados públicos de la salud del Sistema Público de Salud de Galicia aquéllos que prestan servicios en las instituciones y estructuras de titularidad de la Comunidad Autónoma de Galicia dentro del ámbito competencial de la Consellería de Sanidad y de los organismos de ella dependientes.

2. Integran el colectivo de empleados públicos de la salud del Sistema Público de Salud de Galicia a que se refiere el apartado anterior:

a) El personal estatutario de la Comunidad Autónoma de Galicia que presta servicios en las instituciones, órganos, unidades o estructuras del Sistema Público de Salud de Galicia.

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 Público de Salud de Galicia.

c) El personal transferido, cualquiera que sea el régimen jurídico de dependencia, laboral, funcionario o estatutario, de otras administraciones públicas con ocasión del traspaso y/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 Consellería de Sanidad.

3. Los funcionarios que, por aplicación de lo dispuesto en la Ley 17/1989, de 23 de octubre, de creación de escalas del personal sanitario al servicio de la comunidad autónoma, estén adscritos a la Consellería de Sanidad se integrarán en el colectivo de empleados públicos de la salud del Sistema Sanitario de Galicia, sin perjuicio de que por la naturaleza jurídica de su vínculo se mantengan sometidos en cuanto a sus condiciones laborales y retributivas al régimen jurídico funcionarial, en tanto no se integren en el régimen estatutario con arreglo a lo previsto en el artículo 112.5.

Artículo 109. *Régimen jurídico del empleado público y empleada pública de la salud.*

1. Con carácter general, el régimen jurídico de los empleados públicos de salud del Sistema Público de Salud de Galicia, a que se refiere el artículo 108, será el correspondiente a la relación funcionarial del personal estatutario.

2. El régimen jurídico de los empleados públicos de salud del Sistema Público de Salud de Galicia, a que se refiere el artículo 108.º, se regirá por las disposiciones que le sean de aplicación, atendiendo a la naturaleza jurídica de su vínculo.

3. Se desarrollará por ley el Estatuto jurídico de los empleados o empleadas públicos de salud de Galicia.

4. Corresponderá a la persona titular de la Secretaría General Técnica, previa propuesta formulada por la persona titular del centro directivo competente en materia de recursos humanos del Servicio Gallego de Salud, la resolución de los expedientes de incompatibilidades del personal que preste sus servicios en centros pertenecientes al Sistema Público de Salud de Galicia.

Artículo 110. *Interrelaciones entre los distintos regímenes de personal.*

1. Con la finalidad de conseguir la mejor utilización de los recursos humanos de la Administración gallega, se determinarán los supuestos, efectos y condiciones en que el personal del Sistema Público de Salud de Galicia pueda pasar a prestar servicios en puestos de trabajo de otros ámbitos de la Administración de la Xunta de Galicia. A tal efecto se suscribirán los oportunos convenios de colaboración entre los órganos competentes atendiendo estrictamente a condiciones de reciprocidad.

2. El personal del Sistema Público de Salud de Galicia que pase a prestar servicios en puestos de trabajo de las unidades y servicios de la Administración sanitaria, de distinto régimen jurídico al de su pertenencia, tendrá derecho a percibir las retribuciones correspondientes al puesto de trabajo que desempeñe efectivamente y los complementos personales que tenga asignados en su régimen originario.

3. La relación de empleo de los funcionarios sanitarios locales tendrá la consideración de una única prestación de servicios a todos los efectos, sin perjuicio del ejercicio voluntario de la opción de integración en el nuevo modelo de atención primaria.

4. El régimen jurídico de los profesionales que desempeñen plazas vinculadas, a las que se refiere el artículo 105 de la Ley general de sanidad, será el establecido por la legislación vigente en correlación con el nombramiento o nombramientos que dieron lugar a la vinculación de los puestos de trabajo. El régimen de derechos y deberes se colegirá de la aplicación de la normativa vigente para el personal estatutario y el profesorado universitario que sea compatible con el ejercicio de las funciones inherentes a cada uno de los puestos de trabajo desempeñados por el profesional.

CAPÍTULO II

Planificación y ordenación de los recursos humanos

Artículo 111. *Principios y criterios generales de ordenación.*

Junto a los fundamentos generales de actuación incorporados a la presente ley y de aquéllos que son propios del Estatuto general de los empleados públicos y del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, la ordenación del personal de la salud se inspirará en los principios y criterios siguientes:

a) Garantía de servicio a la ciudadanía.
b) Mejora de la relación entre el personal de la salud y el usuario y/o usuaria del sistema sanitario.
c) Modernización del servicio a través de sus profesionales.
d) Igualdad de género y no discriminación.
e) Transparencia en la gestión.
f) Objetividad, responsabilidad e imparcialidad en el desempeño de las funciones.
g) Dedicación prioritaria al servicio público.
h) Estabilidad del empleo.
i) Participación del personal de la salud en el mejora de la organización sanitaria de la que forma parte.
j) Cooperación interprofesional y trabajo en equipo.
k) Evaluación del desempeño.
l) La negociación colectiva.

Artículo 112. *Planificación de recursos humanos.*

1. La planificación del personal se realizará teniendo en cuenta las necesidades reales del servicio, con la finalidad de dar cumplimiento a los derechos de la ciudadanía previstos por las normas en materia de salud.

2. La planificación de los recursos humanos tenderá a un apropiado dimensionamiento para la adecuación entre los recursos disponibles y las necesidades de la población, en orden a promover la eficacia y eficiencia del servicio sanitario público y mejorar la calidad asistencial y atención a los usuarios y usuarias del Sistema Público de Salud de Galicia.

3. Podrán realizarse planes globales de ordenación de recursos humanos en los que se recojan los objetivos y las bases generales de planificación, en materias relevantes en la gestión de los recursos humanos, con vigencia máxima de cuatro años. Pueden realizarse también planes parciales relativos a materias concretas de personal y planes de vigencia inferior.

4. Los planes de ordenación de recursos humanos serán aprobados por la Consellería de Sanidad u órgano que se determine reglamentariamente, previa negociación con los representantes del personal e informe favorable de la Consellería de Economía y Hacienda.

5. Al objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal que preste sus servicios en el Sistema Público de Salud de Galicia y de mejorar la eficacia en la gestión, la Administración sanitaria pública gallega promoverá las medidas a fin de establecer procedimientos para la integración directa y voluntaria del personal en la condición de personal estatutario, con las especialidades que procedan por las peculiaridades de las instituciones, centros y servicios y de las diferentes agrupaciones de personal.

6. Asimismo, la Administración sanitaria gallega podrá establecer procedimientos para la integración directa del personal temporal o interino en la condición de estatutario temporal.

Artículo 113. *Clasificación del personal.*

1. La ordenación del personal se realizará según su dependencia orgánica y régimen jurídico de pertenencia y conforme a los criterios de clasificación determinados por la normativa vigente, atendiendo a la función desarrollada, al nivel de titulación exigido para el ingreso y al nombramiento. Podrá realizarse la clasificación del personal por categorías y áreas funcionales atendiendo a las competencias técnicas y capacidades comunes del grupo de titulación. En la clasificación del personal podrán tenerse en cuenta criterios que propugnen el trabajo en equipo y faciliten la realización de los procesos asistenciales o administrativos auxiliares.

2. En la búsqueda de la mejora de la eficacia de los servicios y de la adaptación del desarrollo del trabajo a la organización de la prestación asistencial y a la evolución de las tecnologías, el ámbito funcional de cada categoría de personal se corresponde con el conjunto de aptitudes y capacidades que derivan de la titulación académica exigida para el ingreso, de la formación y del estado actual del conocimiento y de los medios técnicos.

3. Por orden de la Consellería de Sanidad podrán determinarse los puestos de trabajo cuya provisión podrá ser realizada por personal estatutario de diversas categorías de la misma o similar área funcional, mediante los sistemas que se determinen reglamentariamente. Su determinación se realizará después de la negociación colectiva previa. Si dichos puestos están incluidos tanto en la relación de puestos de trabajo de la Consellería de Sanidad como del Servicio Gallego de Salud, la Consellería de Sanidad propondrá dicha modificación para que, siguiendo los cauces reglamentarios, sea aprobada, en su caso, por el Consejo de la Xunta de Galicia.

4. La creación, modificación y supresión de categorías estatutarias se realizará por decreto del Consejo de la Xunta.

5. Podrá acordarse la integración del personal fijo de las categorías que se declaren a extinguir en otras categorías en función de las necesidades organizativas o asistenciales en los ámbitos que se determinen reglamentariamente.

Artículo 114. *Estructura de los puestos de trabajo.*

1. Sin perjuicio de lo que establece la normativa básica de función pública para los colectivos que le afectan, el instrumento técnico de ordenación del personal del Sistema

Público de Salud de Galicia es la plantilla de personal, recogida en el anexo de personal de las correspondientes leyes de presupuestos de la comunidad autónoma. La totalidad de los puestos de trabajo de carácter estructural del Sistema Público de Salud de Galicia, con independencia de su régimen jurídico o retributivo, estarán consignados en ella, desglosados en el terreno de la categoría profesional.

2. La plantilla del Sistema Público de Salud de Galicia constituye la expresión cifrada, contable y sistemática de los efectivos que, como máximo, pueden prestar servicios con carácter estructural tanto en su organización central y periférica como en sus instituciones, centros y servicios con sujeción a las dotaciones económicas consignadas en las correspondientes leyes de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia, y sin perjuicio de las contrataciones o nombramientos de carácter temporal para el mantenimiento de la continuidad de los servicios o para atender a necesidades de carácter no permanente que puedan realizarse con cargo a los créditos existentes para esta finalidad.

3. Corresponde a la Consellería de Sanidad la gestión y modificación de las plantillas de personal con las limitaciones establecidas en las disposiciones presupuestarias en vigor.

4. El Consejo de la Xunta, dentro del respeto a la normativa presupuestaria y de función pública, podrá determinar otros instrumentos organizativos de los puestos de trabajo o modificar los existentes, en los niveles central y periférico, estableciendo un sistema de agrupamiento y enumeración de puestos o plazas orientado a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios.

5. Dichos instrumentos se establecerán atendiendo a las características de las instituciones, órganos, centros y servicios y a las peculiaridades de las diferentes agrupaciones de personal.

CAPÍTULO III

Selección, provisión y promoción interna

Artículo 115. *Selección y provisión de plazas.*

1. La provisión de plazas y puestos de trabajo en el Sistema Público de Salud de Galicia se realizará a través de los procedimientos de selección, promoción interna, movilidad, reingreso al servicio activo y libre designación.

2. La selección del personal del Sistema público de salud de Galicia se realizará de conformidad con los requisitos y sistemas establecidos por la normativa básica vigente y la autonómica de desarrollo.

No obstante lo anterior, en virtud de la previsión contenida en el artículo 57.5 del texto refundido de la Ley del Estatuto básico del empleado público, aprobado por el Real decreto legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por razones de interés general y necesidades objetivas podrá eximirse del requisito de la nacionalidad para el acceso a la condición de personal estatutario de las categorías profesionales de licenciado sanitario y diplomado sanitario.

A pesar de lo anterior, en virtud de la previsión contenida en el artículo 57.5 del texto refundido de la Ley del Estatuto básico del empleado público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por razones de interés general y necesidades objetivas, podrá eximirse del requisito de la nacionalidad para el acceso a la condición de personal estatutario de las categorías profesionales de licenciado sanitario.

3. La oferta de empleo público del Sistema Público de Salud de Galicia tendrá al menos una periodicidad bianual.

4. Cuando en los procedimientos de acceso exista la fase de concurso podrán tenerse en cuenta, entre otros méritos y en la medida que se determine reglamentariamente y en las correspondientes convocatorias, la experiencia en la actividad sanitaria, la actualización de la formación, la investigación y la docencia, relacionada con el puesto de trabajo al que se accede, con sistemas selectivos adecuados a los puestos a cubrir y la titulación o formación de acceso.

5. En el acceso a la Administración sanitaria podrá requerirse la acreditación del manejo básico de herramientas informáticas en todas las categorías profesionales del sector sanitario, así como el manejo de nuevas tecnologías o técnicas sanitarias.

6. Por razones organizativas y de exigencia en la calificación profesional, la Administración sanitaria podrá establecer los requisitos de calificación, trayectoria y experiencia profesional para poder optar a los destinos que se determinen. Asimismo, las convocatorias de los procesos de movilidad podrán valorar preferentemente el desempeño de puestos de trabajo en destinos especiales, atendiendo a las específicas condiciones de dificultad, aislamiento o carga de trabajo.

7. El personal que desempeñe los puestos de trabajo abiertos a distintas categorías tendrá la obligación de desempeñar las funciones inherentes a ese puesto sin perjuicio de la categoría a que pertenezca como personal estatutario fijo. Estos puestos en ningún caso podrán ser ofertados al personal de nuevo ingreso que no pertenezca a su categoría originaria.

8. Sin perjuicio del puesto de trabajo cuya titularidad acredite el profesional y del ámbito determinado en su nombramiento, los profesionales del Sistema Público de Salud de Galicia se considerarán adscritos al área de salud donde radique su destino.

9. La Administración sanitaria podrá trasladar, temporal o definitivamente, su personal, cuando existan razones de imperiosa necesidad de la organización sanitaria, variando la adscripción de los puestos de trabajo de los que sean titulares, con pleno derecho al mantenimiento de sus retribuciones y al abono de las indemnizaciones establecidas reglamentariamente. El cambio de la adscripción definitiva de los puestos de trabajo se realizará previa consulta a las organizaciones representadas en la mesa sectorial. Cuando la variación de la adscripción de los puestos se incardine en el seno de un plan de ordenación de recursos humanos se llevará a cabo previa negociación en la mesa correspondiente.

10. La administración establecerá medidas de movilidad del personal, tendentes a la protección de las víctimas de violencia de género y a favorecer la conciliación de la vida personal y familiar y la protección de la salud laboral. A tal efecto, podrá suscribir convenios de colaboración con otras administraciones públicas.

11. Los procesos de movilidad en el área habrán de ser negociados por los órganos de representación de personal en esos ámbitos, con las bases que sean determinadas por la mesa de negociación del personal de la salud.

12. El acceso y permanencia en determinados centros sanitarios caracterizados por su distancia, aislamiento o dimensión podrán ser incentivados y valorados específicamente en los sistemas de provisión, de carrera, de acceso a la formación y de condiciones de trabajo, a través de los mecanismos que se determinen mediante la negociación colectiva.

13. Se determinarán reglamentariamente en atención a las funciones que tengan que desarrollar los puestos de trabajo, que podrán ser cubiertos mediante el sistema de libre designación.

14. De acuerdo con los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad, y con la finalidad de facilitar la movilidad voluntaria de los profesionales y las profesionales del Sistema público de salud de Galicia, favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar y conseguir un mejor desarrollo profesional, las bases reguladoras del concurso de traslados podrán establecer la posibilidad de convocatoria única, que mantendrá su vigencia en el tiempo hasta el momento en que se cierre de manera expresa, y regularán la posibilidad de presentación de solicitudes de participación en cualquier momento de la vigencia de la indicada convocatoria y el mantenimiento en el tiempo de estas hasta la adjudicación de destino, sin perjuicio de la modificación de las solicitudes o del desistimiento de la persona interesada de acuerdo con los requisitos que se establezcan. Asimismo, las bases regularán la publicación de la oferta de plazas, que dará lugar al inicio de oficio de cada procedimiento o ciclo de adjudicación, y su periodicidad, que será, como mínimo, anual.

Cada procedimiento o ciclo de adjudicación establecido, en el que se tendrán en cuenta las solicitudes de participación presentadas hasta el día fijado en las bases, finalizará con la correspondiente resolución de adjudicación de destinos, que será objeto de publicación en el Diario Oficial de Galicia. El plazo máximo en el que deberá publicarse la resolución expresa será de un año, a contar desde la publicación de la oferta de plazas, sin perjuicio de que las bases puedan establecer uno inferior.

Artículo 116. *Promoción interna.*

1. La Administración sanitaria podrá realizar convocatorias específicas para la promoción interna de los profesionales que favorezcan su acceso a otras categorías profesionales del mismo o superior grupo de clasificación.

2. Las convocatorias podrán contemplar la exención de una o más pruebas para los y las aspirantes que accedan por este turno y procedan de categorías de la misma área funcional que las plazas a proveer, siempre que dichas pruebas guarden relación con las funciones anteriormente desarrolladas.

3. La promoción interna entre categorías de grupo de nivel de titulación y/o especialidad idéntico y de la misma área funcional podrá realizarse por los sistemas que se determinen. En el turno de promoción interna podrá reservarse una cuota de la oferta para el acceso de aspirantes por la promoción interna horizontal de la misma área funcional y grupo de titulación. Para el caso de que la selección se produzca por el sistema de concurso de méritos las convocatorias podrán contemplar puntuaciones mínimas por debajo de las cuales no podrá accederse a la categoría objeto de la convocatoria.

Artículo 116 bis. *Itinerarios profesionales.*

1. La Administración sanitaria, a través del órgano de dirección con competencias en materia de recursos humanos del Servicio Gallego de Salud, podrá definir itinerarios profesionales para el personal del Sistema público de salud de Galicia.

2. A efectos de esta ley, se considerará itinerario profesional el conjunto de puestos de trabajo que conforman un área de competencias, capacidades, conocimientos y formación comunes que habilitan, para su desempeño, al personal de distintas categorías del sistema sanitario de Galicia.

CAPÍTULO IV

Retribuciones y jornada

Artículo 117. *Retribuciones y jornada.*

1. El personal del Sistema Público de Salud de Galicia percibirá sus retribuciones de acuerdo con el régimen jurídico que rija su relación de empleo y dentro de los límites que anualmente fija la Ley de presupuestos de la Comunidad Autónoma.

La Administración sanitaria podrá establecer, previo informe favorable emitido por la Consellería de Economía y Hacienda, un modelo retributivo orientado a la calidad del servicio, la incentivación de la actividad, la motivación de los profesionales, la consideración singular de actuaciones concretas en el ámbito sanitario y la consecución de los objetivos planificados, previa negociación en la mesa sectorial.

2. La jornada laboral del personal del Sistema Público de Salud será determinada, previa negociación en la correspondiente mesa sectorial, teniendo en cuenta las específicas cargas de trabajo y la penosidad que supone la necesaria prestación de servicios continuados y permanentes por parte de los centros sanitarios.

CAPÍTULO V

Carrera profesional

Artículo 118. *Carrera profesional.*

1. Se establecerán mecanismos de carrera profesional articulados en un sistema de grados para el personal estatutario y, de acuerdo con su normativa básica, para el resto del personal del Sistema Público de Salud de Galicia, de forma que se posibilite la promoción del personal y el cumplimiento de los objetivos de la organización.

Los sistemas de carrera se basarán en el reconocimiento del desarrollo profesional en cuanto al cumplimiento de los objetivos de la organización, conocimientos y experiencia profesional en la Administración sanitaria.

2. El sistema de carrera profesional de las personas licenciadas y diplomadas sanitarias se basará en los criterios generales de desarrollo profesional recogidos en la normativa de ordenación de las profesiones sanitarias, adaptados a las características del Sistema Público de Salud de Galicia y, en su caso, a las de los propios centros. Cuando así proceda en atención a los objetivos de la organización, podrá otorgarse especial reconocimiento a la prestación de servicios en centros comarcales con dificultades para la provisión de plazas de especialistas, así como a determinadas actividades formativas, docentes y de investigación.

3. Los grados I a IV de la carrera profesional reconocidos al personal estatutario se retribuirán mediante el complemento de carrera establecido para el correspondiente grado y categoría.

El personal fijo de una categoría que pase a prestar servicios en otra, por promoción interna, mantendrá el derecho a percibir el complemento de carrera correspondiente a los grados reconocidos en la categoría de origen. En el supuesto de que se tuvieran reconocidos grados retribuidos de diversas categorías (grados I a IV), se percibirá el complemento de carrera correspondiente a todos los grados reconocidos, hasta el límite de cuatro grados. Cuando el profesional tuviera reconocidos más de cuatro grados, percibirá el complemento de carrera correspondiente a los cuatro grados de mayor cuantía.

Este complemento se percibirá en todo caso en la situación de servicio activo en la correspondiente categoría o durante el desempeño de puestos o cargos en el ámbito de la Administración general de la Comunidad Autónoma de Galicia, entidades instrumentales del sector público autonómico de Galicia enunciadas en el artículo 45.a) de la Ley 16/2010, de 17 de diciembre, de organización y funcionamiento de la Administración general y del sector público autonómico de Galicia, fundaciones sanitarias de naturaleza pública y sociedades públicas sanitarias con contenido asistencial, o en los órganos estatutarios de la Comunidad Autónoma relacionados en la disposición adicional primera, letra a), de la Ley 2/2015, de 29 de abril, del empleo público de Galicia. También percibirán este complemento los liberados sindicales.

El personal que se encuentre en la situación de servicios especiales por el desempeño de puestos o cargos en el ámbito delimitado en el párrafo anterior percibirá dentro de las retribuciones del puesto o cargo que desempeñe una cuantía equivalente a la correspondiente al complemento que le sería de aplicación de acuerdo en este precepto.

CAPÍTULO VI

Salud laboral

Artículo 119. *Salud laboral.*

La Administración sanitaria, en el marco de la legislación general en materia de salud laboral y prevención de riesgos laborales, adoptará las medidas oportunas para la protección de la salud de los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario público a través de órganos dedicados en exclusiva a esta función.

Se establecerán medidas de coordinación que obliguen a participar a las unidades de los centros y órganos cuando en razón a la materia tenga relevancia su cooperación en la protección de la salud laboral y la prevención de riesgos laborales en el sector.

CAPÍTULO VII

Mesa de negociación del empleado público de la salud del Sistema Público de Salud de Galicia

Artículo 120. *Mesa de negociación del empleado público de la salud del Sistema Público de Salud de Galicia.*

Con arreglo a lo que establezca la normativa básica sobre los derechos de participación en la determinación de las condiciones de trabajo y de representación del personal, podrá promoverse la constitución de una mesa sectorial para el ámbito del Sistema Público de Salud de Galicia con las competencias que se determinen.

Las unidades electorales, a los efectos de la constitución de las juntas de personal, serán las áreas sanitarias del Sistema Público de Salud de Galicia.

CAPÍTULO VIII

Función directiva

Artículo 121. *Función directiva.*

1. Es personal directivo aquel que desempeña funciones directivas profesionales en el Sistema público de salud de Galicia. En ningún caso se considerarán incluidas dentro de las funciones directivas profesionales las correspondientes a los órganos de la consejería competente en materia de sanidad, del Servicio Gallego de Salud y de las entidades instrumentales adscritas a estos cuyos titulares tengan la consideración de alto cargo de acuerdo a lo establecido en la Ley 1/2016, de 18 de enero, de transparencia y buen gobierno. En particular, los estatutos de las entidades públicas instrumentales determinarán si las personas titulares de sus órganos ejecutivos tienen la consideración de alto cargo, cuya designación se realizará por decreto del Consejo de la Xunta de Galicia, o de personal directivo profesional.

2. Se considerarán funciones directivas las funciones de dirección, gerencia y gestión del Sistema público de salud de Galicia en sus niveles central y periférico, siempre que no correspondan a las funciones de los órganos cuyos titulares tengan la consideración de alto cargo de acuerdo a lo indicado en el punto anterior.

3. El personal directivo estará sujeto a evaluación según criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad por su gestión y control de resultados en relación a los objetivos que se le fijen.

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.

5. La Consellería de Sanidad o el órgano que se determine reglamentariamente establecerá los criterios y la cuantía para la remuneración del desempeño de cargos directivos, previo informe favorable de la Consellería de Economía y Hacienda.

6. La selección del personal directivo se regirá por los principios de mérito, capacidad, idoneidad y publicidad.

7. La designación del personal directivo será realizada por el órgano competente en conformidad con la legislación vigente, mediante nombramiento de libre designación, si el personal fuera nombrado funcionario o estatutario fijo, o contrato de alta dirección, para el caso de personal que no acredite dicha condición. En todo caso, si la función directiva a desarrollar implica la participación directa o indirecta en el ejercicio de las potestades públicas o en la salvaguarda de los intereses generales de la comunidad autónoma y de las administraciones públicas, el profesional habrá de acreditar la condición de funcionario de carrera o estatutario fijo.

8. El personal funcionario o estatutario que acceda al desempeño de puestos directivos será declarado en su puesto de origen en la situación administrativa de servicios especiales conforme al Decreto legislativo 1/2008, de 13 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de la función pública de Galicia, y a la Ley 55/2003, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. El desempeño de los servicios prestados en los citados puestos será computado para los procesos de selección y provisión como prestados en la plaza de origen, así como a los efectos de trienios y determinación del grado de desarrollo profesional.

9. El ejercicio de la función directiva no impedirá la participación en el sistema de desarrollo profesional, ni el disfrute de los derechos de carácter económico y/o profesional inherentes al grado acreditado.

10. Las condiciones de trabajo del personal directivo no serán objeto de negociación colectiva.

CAPÍTULO IX

Garantías de modernización y prestación de la asistencia

Artículo 122. *Nuevas tecnologías.*

1. Como exigencia de la ineludible necesidad de incorporar los resultados del desarrollo tecnológico en beneficio de los usuarios y usuarias y pacientes, el personal deberá adaptarse y utilizar las nuevas tecnologías y nuevas habilidades en el desempeño de los puestos de trabajo.

2. Todo el personal de las unidades en que se establezcan nuevas tecnologías como herramienta necesaria para la modernización del sector sanitario estará obligado a adaptarse y utilizarlas cuando sea necesario para la prestación del servicio. 3. La Administración sanitaria realizará las acciones formativas necesarias para la adaptación de los trabajadores y trabajadoras que requieran el uso de nuevas tecnologías o nuevas habilidades en el desempeño de su puesto de trabajo.

Artículo 123. *Evaluación del desempeño.*

1. La Administración sanitaria establecerá los sistemas y mecanismos que permitan evaluar el desempeño del trabajo por los profesionales en la consecución de los objetivos de la organización, la implicación en el servicio y el nivel de satisfacción de los usuarios y usuarias.

2. En los procedimientos y determinación de la evaluación del desempeño regirán los principios de igualdad, publicidad, ponderación adecuada y transparencia. 3. La Administración sanitaria determinará los efectos que tendrá la evaluación del desempeño en la carrera profesional, movilidad, retribuciones complementarias vinculadas a la productividad o cumplimiento de los objetivos.

Artículo 124. *Prestaciones en diferentes centros.*

Los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más centros, aun cuando mantengan su vinculación a uno solo de ellos, cuando se mantengan alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida entre distintos establecimientos sanitarios, o así lo demanden necesidades urgentes e inaplazables para garantizar la asistencia sanitaria en todas las áreas del Sistema Público de Salud de Galicia. A estos efectos podrán expedirse nombramientos o dictarse órdenes de servicios específicos vinculados a los citados proyectos o a la cobertura de las necesidades asistenciales.

TÍTULO IX

De la docencia, investigación e innovación

CAPÍTULO I

Docencia y formación

Artículo 125. *Principios generales.*

1. La Xunta de Galicia velará por la coordinación entre los sistemas sanitario, educativo e investigador de Galicia, a fin de conseguir una mayor adecuación de la formación de los profesionales y las profesionales a las necesidades de salud de la población.

2. El Sistema Público de Salud de Galicia estará en disposición de ser aprovechado para la docencia de pregrado y de posgrado, conforme a lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, y en la normativa reguladora de las profesiones sanitarias. Se establecerán a este efecto los convenios de colaboración que correspondan.

3. La consejería competente en materia de sanidad promoverá la formación continuada de los profesionales y de las profesionales del Sistema público de salud de Galicia, con el objetivo de adecuar sus conocimientos y habilidades a las necesidades del profesional o de la profesional, así como a las líneas estratégicas del sistema. En todos los planes de

formación del personal existirá un módulo sobre la igualdad entre hombres y mujeres, en el que se hará especial referencia a la violencia de género.

4. La consejería competente en materia de sanidad garantizará un sistema autonómico de acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias, integrado dentro del sistema estatal, con el fin de velar por la calidad de las actividades de formación continuada realizadas por agentes públicos y privados.

5. La consejería competente en materia de sanidad establecerá los mecanismos necesarios para garantizar el reconocimiento del ejercicio de las tutorías y demás actividades docentes de los profesionales y de las profesionales del Sistema público de salud de Galicia.

La consejería competente en materia de sanidad adoptará las medidas necesarias para cumplir con el mandato de la normativa estatal de disposición del Sistema público sanitario de Galicia para su utilización en la docencia especializada de los profesionales. Entre tales medidas, podrá incluir la relativa a que en cada centro docente acreditado existan puestos para cuya cobertura se requiera la correspondiente acreditación como tutor de formación sanitaria especializada, sin perjuicio de la posibilidad de que cualquier profesional de los citados centros pueda acceder a las funciones de tutoría de acuerdo con la normativa aplicable.

6. Las organizaciones sindicales participarán en la programación y ejecución del Plan de formación continuada del personal de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud.

Artículo 126. *Colaboración en materia de educación y sanidad.*

1. Las autoridades públicas competentes en educación y sanidad establecerán el régimen de colaboración entre las universidades y las instituciones sanitarias en que han de impartirse enseñanzas universitarias, a los efectos de garantizar la docencia práctica de medicina, enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran, mediante los oportunos convenios.

2. Las universidades deberán contar, al menos, con un hospital y tres centros de atención primaria para el ejercicio docente e investigador, concertados según lo establecido por las disposiciones vigentes.

3. Los centros de formación profesional de la rama sanitaria contarán con centros asistenciales concertados, según las necesidades de las distintas especialidades y de acuerdo con las necesidades organizativas del Sistema Público de Salud de Galicia.

4. Las Consellerías competentes en materia de educación y sanidad promoverán la revisión y mejora continuada de los programas docentes de las enseñanzas relacionadas con las ciencias de la salud, al objeto de conseguir la mejor adecuación de la formación de los profesionales y las necesidades del Sistema Público de Salud de Galicia.

CAPÍTULO II

Escuela Gallega de la Administración Sanitaria

Artículos 127 a 130.

(Derogados).

CAPÍTULO III

De la investigación y la innovación en el Sistema público de salud de Galicia

Artículo 131. *Principios generales.*

1. La Administración sanitaria promoverá la investigación biosanitaria, especialmente en su vertiente traslacional, como un instrumento para la mejora de la salud de la población teniendo en cuenta las prioridades marcadas por los planes de investigación e innovación vigentes en cada momento. Todos los centros y servicios sanitarios estarán en disposición de favorecer y desarrollar la investigación, y promoverán la cultura científica, tecnológica y de innovación.

2. La Administración sanitaria también promoverá la valorización, la protección y la transferencia del amplio conocimiento generado por su personal y/o en sus centros con el objeto de que los resultados de la investigación sean transferidos a la sociedad, así como un modelo de innovación abierta orientado a impulsar la creatividad, la cooperación y la aplicación en el sistema sanitario de los cambios que aporten valor a pacientes y profesionales.

Dentro de las medidas de valorización y transferencia del conocimiento, la Administración sanitaria podrá conceder licencias o ceder sus derechos de explotación sobre los resultados de la investigación a favor de su personal investigador autor de estos o a favor de un tercero sin vinculación con el Sistema público de salud de Galicia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 5/2013, de 30 de mayo, de fomento de la investigación y de la innovación de Galicia.

También podrá crear o participar en “spin-off” que tengan como objeto social realizar actividades relacionadas con la investigación sanitaria a las que se les otorgará una licencia para la explotación comercial de los resultados, en las condiciones que se establezcan, y que deberá en todo caso ajustarse a lo establecido en la Ley 16/2010, de 17 de diciembre, de organización y funcionamiento de la Administración general y del sector público autonómico de Galicia, en la Ley 5/2011, de 30 de septiembre, del patrimonio de la Comunidad Autónoma de Galicia, y en la disposición adicional primera de la Ley 5/2013, de 30 de mayo, de fomento de la investigación y de la innovación de Galicia.

El personal investigador que tenga la consideración de inventor o autor de los resultados de la investigación sanitaria podrá participar en los beneficios obtenidos por la consejería competente en materia de sanidad, por el Servicio Gallego de Salud o por sus entidades instrumentales derivados de su explotación comercial, en los términos que se desarrollen reglamentariamente.

3. En este mismo contexto, la Administración sanitaria también impulsará medidas para el desarrollo de la transferencia inversa del conocimiento que incluirán la puesta de manifiesto por el sector productivo de sus necesidades a fin de contribuir a orientar las líneas y objetivos de la investigación de los centros públicos de investigación sanitaria de cara a alcanzar un mayor impacto socioeconómico. Asimismo, se impulsarán medidas de transferencia del conocimiento no orientadas a la comercialización o a la explotación mercantilizada, como la creación de espacios o foros públicos comunes en materia de salud pública.

4. Las autoridades públicas competentes en investigación y sanidad establecerán el régimen de colaboración con el Sistema público de salud de Galicia.

Por su parte, la consejería competente en materia de sanidad, el Servicio Gallego de Salud y sus entidades instrumentales, de conformidad con sus respectivas competencias, podrán suscribir contratos o convenios con otras entidades públicas y/o privadas para la realización de proyectos específicos de investigación o innovación, que permitan el desarrollo conjunto de nuevas soluciones, servicios ligados al conocimiento, tecnologías o productos sanitarios.

5. La Administración sanitaria impulsará, en coordinación con la consejería competente en materia de I+D+i, y desarrollará los mecanismos de cooperación, colaboración y articulación de redes tendentes a favorecer que el sector sanitario se convierta en uno de los motores de desarrollo económico de Galicia en términos de actividad productiva, de generación de empleo de calidad, de incremento de la productividad y de aportación al producto interior bruto de Galicia.

En ese sentido, con el objeto de impulsar la aplicación de tecnologías emergentes, el fomento de la innovación empresarial en el ámbito sanitario y la promoción de la mejora en la calidad de los servicios públicos de salud, la Administración sanitaria incentivará, en la medida en que sea posible, la presentación de soluciones innovadoras en sus licitaciones bajo cualquier modalidad de contratación pública de innovación.

6. La Administración sanitaria adoptará medidas para fomentar la inversión pública y privada en actividades de investigación e innovación sanitaria y/o biosanitaria, de acuerdo con lo previsto en el artículo 35 de la Ley 5/2013, de 30 de mayo, de fomento de la investigación y de la innovación de Galicia, así como estimulará la sensibilidad por la investigación en salud pública entre los sectores económicos, académicos y sociales.

7. Las consejerías competentes en materia de salud y de I+D+i crearán una comisión conjunta de control que evalúe los contratos, acuerdos, convenios y otras colaboraciones que se puedan establecer en el campo de la investigación sanitaria, para velar por la transparencia y el fortalecimiento del sistema público.

CAPÍTULO IV

Instituto Gallego de Investigación Sanitaria

Artículos 132 a 135.

(Derogados).

TÍTULO X

De la coordinación interdepartamental de la atención sociosanitaria

Artículo 136. *Principios generales.*

1. La consecución de una sociedad gallega de avanzada calidad de vida, donde todas las personas tengan derecho al bienestar y a vivir su vida con plenitud, salud y madurez, de acuerdo con sus decisiones, precisa unos servicios sociosanitarios adecuados y de calidad.

2. Como parte de los servicios de bienestar, la atención sociosanitaria deberá cubrir las diferentes necesidades de las personas bajo criterios de igualdad, equidad, accesibilidad, universalidad y complementariedad en la acción de las diferentes administraciones.

3. En este sentido la Consellería de Sanidad promoverá la cooperación y coordinación con el Sistema Gallego de Servicios Sociales, para que la atención a las circunstancias y necesidades sociales y las acciones de prevención y asistencia sanitaria se complementen de forma adecuada. Igualmente, fomentará actuaciones integrales sociales y sanitarias ante aquellas circunstancias de dependencia, cronicidad, discapacidad u otras en que la cooperación de los dos sistemas conlleve ventajas sociales y asistenciales.

Artículo 137. *Instrumento de coordinación.*

1. A fin de garantizar una adecuada, efectiva y eficiente coordinación institucional se crea la Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia.

2. La Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia estará integrada al menos por:

a) La persona titular de la Consellería con competencias en materia de sanidad.

b) La persona titular del departamento de la Xunta de Galicia con competencias en la planificación y ordenación del Sistema Gallego de Servicios Sociales.

c) La persona titular de la Secretaría General de la Consellería de Sanidad.

d) Las personas titulares de la(s) secretaría(s) general(es) de la(s) Consellería(s) con competencias en materia de bienestar social.

e) Dos personas representantes del Servicio Gallego de Salud.

f) Una persona representante de cada una de las diferentes áreas de la Administración de la Xunta de Galicia con competencias en el ámbito sociosanitario.

g) Una persona representante de la Consellería de Economía y Hacienda.

3. Por decreto de la Xunta de Galicia se determinarán los sistemas de asignación de representantes en la comisión, así como los mecanismos para la designación de los mismos.

4. Son funciones de la Comisión Interdepartamental de Coordinación de Atención Sociosanitaria de Galicia:

a) Orientar las directrices de la política sociosanitaria de Galicia.

b) Coordinar las diferentes administraciones y organizaciones que participan en la atención sociosanitaria.

c) Proporcionar la información que permita el funcionamiento en red de los centros y entidades dedicadas a la atención sociosanitaria.

d) Colaborar en la resolución de los problemas que se identifican en Galicia dentro de la atención sociosanitaria.

e) Coordinar los diferentes recursos para conseguir la eficiencia en la prestación de servicios sociosanitarios.

f) Elaborar su reglamento de funcionamiento.

5. Por orden conjunta de las Consellerías competentes en materia de sanidad y bienestar social se establecerán las normas generales de organización y funcionamiento de la comisión interdepartamental.

6. Por decreto de la Xunta de Galicia y a propuesta de la Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia se establecerán los mecanismos e instrumentos de coordinación de la atención sociosanitaria a nivel territorial en las áreas sanitarias. En estos instrumentos de coordinación se garantizará una adecuada representación de los poderes públicos locales con competencias en la materia.

TÍTULO XI

De la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud

Artículo 138. *Creación de la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud.*

Con la finalidad de establecer de forma permanente la coordinación y el impulso necesarios para el desarrollo de iniciativas de promoción, protección y educación para la salud, y atendiendo a los principios de eficacia, eficiencia y participación, se crea la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud.

Artículo 139. *Composición y funcionamiento.*

1. La composición de la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud, de la que formarán parte las personas titulares de las consejerías con competencia en materia educativa y sanitaria, se regulará por decreto del Consejo de la Xunta.

2. Las normas generales de organización y funcionamiento de esta comisión se establecerán por orden conjunta de las consejerías competentes en materia educativa y sanitaria.

3. En la composición de este órgano se procurará una presencia paritaria de mujeres y hombres.

Artículo 140. *Funciones.*

Son funciones de la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud las siguientes:

a) El análisis de los estudios de los problemas de salud relevantes y su incidencia en el ámbito educativo.

b) La aprobación o propuesta, en su caso, de líneas de actuación preferentes.

c) A coordinación de los diferentes recursos existentes para conseguir una mayor eficiencia en la promoción de la salud en el ámbito educativo.

d) La coordinación de las intervenciones relacionadas con la protección de la salud; en particular, aquellas orientadas a la seguridad alimentaria y a la protección frente a riesgos ambientales.

e) La coordinación de los programas desarrollados para la atención a los escolares y a las escolares con necesidades especiales de salud.

f) Aquellas otras que vengan establecidas por disposiciones normativas de carácter general.

Disposición adicional primera. *Sistema integrado de información de la investigación clínica del Sistema Público de Salud de Galicia.*

1. La consejería competente en materia de sanidad pondrá en marcha un Sistema integrado de información de la investigación clínica del Sistema Público de Salud de Galicia

que dé cobertura a todos los centros que lo componen, con la finalidad de aprovechar las sinergias en investigación clínica y facilitar y fomentar la incorporación de terapias innovadoras en fases tempranas de desarrollo.

2. En la implantación de este sistema se adoptarán todas las medidas tecnológicas, organizativas y de seguridad que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de la legislación sectorial específica y sobre protección de datos, así como para mejorar la coordinación de las actuaciones desarrolladas en la gestión de las actividades de investigación y proporcionar mayor valor a sus resultados.

Dentro de estas medidas, la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud promoverá el trabajo en red que facilite la gestión de los distintos tipos de estudios de investigación y la colaboración y la coordinación entre los distintos centros, entidades y servicios sanitarios. Para ello, aprobará modelos de contratos para la realización de los ensayos clínicos y recomendaciones e instrucciones para la realización de los dichos estudios de investigación en el Sistema Público de Salud de Galicia.

3. La consejería competente en materia de sanidad, como responsable del tratamiento de los datos dentro del Sistema Público de Salud de Galicia, incluirá en el registro de actividades de tratamiento efectuadas bajo su responsabilidad la información sobre los tratamientos de datos con fines de investigación en salud y, en particular, con fines de investigación biomédica, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE. Asimismo, aprobará modelos de contrato de encargado de tratamiento de datos para su utilización dentro del Sistema Público de Salud de Galicia.

La consejería competente en materia de sanidad incluirá en el alcance de su análisis y gestión de los riesgos del tratamiento de datos los estudios de investigación con datos de salud realizados dentro del Sistema Público de Salud de Galicia y realizará una evaluación de impacto relativa a la protección de los datos que abarque todos los dichos estudios de investigación.

Asimismo, cualquier estudio de investigación con datos de salud que se realice en el Sistema Público de Salud de Galicia requerirá la valoración previa por parte de la consejería competente en materia de sanidad, como responsable del tratamiento, sobre la existencia de base legítima para el tratamiento.

4. Con la finalidad de mejorar la calidad y adecuación de los datos generados en las actividades de investigación y agilizar la participación del Sistema Público de Salud de Galicia en la investigación, desarrollo e innovación en medicamentos, dispositivos u otras tecnologías objeto de la investigación, la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud podrá impulsar la realización de diálogos tempranos, de acuerdo con la normativa aplicable y con el objetivo de proporcionar un asesoramiento científico prospectivo y oportuno antes del inicio de los ensayos clínicos.

5. La consejería competente en materia de sanidad creará un registro autonómico de gestión de los consentimientos contemplados en la disposición adicional decimoséptima de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. En este registro se recogerán de manera coherente y unificada dichos consentimientos, garantizando el máximo respeto a los derechos reconocidos en el tratamiento de datos relativos a las personas físicas en el marco de los proyectos de investigación en salud.

Este registro estará conectado con el Sistema integrado de Información de la Investigación Clínica del Sistema Público de Salud de Galicia y con la Historia Clínica Electrónica.

Disposición adicional segunda. *Aplicación de las medidas de vacunación en el marco de las competencias estatales de coordinación general de la sanidad y de la Estrategia nacional de vacunación.*

La medida prevista en el número 5 de la letra b) del número 2 del artículo 38 se entenderá sin perjuicio del carácter voluntario de la vacunación con carácter general y se aplicará siempre de acuerdo con lo establecido para cada patología por la Administración

general del Estado en el ejercicio de sus competencias de coordinación general de la sanidad, en la estrategia nacional de vacunación que esté vigente en cada momento y en el marco de lo que determine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las campañas se articularán sobre el principio de colaboración voluntaria de las personas afectadas con las autoridades sanitarias, y estas ofrecerán información, en todo caso, de los posibles riesgos relacionados con la adopción o no adopción de estas medidas.

Disposición adicional tercera. *Servicios administrativos personalizados.*

De conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Ley 4/2019, de 17 de julio, de administración digital de Galicia, la Consejería de Sanidad podrá comunicar, a petición de la Administración general y de las entidades instrumentales del sector público autonómico, en las condiciones que se establezcan en el acuerdo de cesión, los datos de identificación de usuarios del sistema público sanitario, con el fin de ofrecer, de forma proactiva, servicios administrativos personalizados en el ejercicio de sus funciones y competencias. Para la cesión de datos especialmente protegidos por motivos de salud será necesario, en todo caso, el consentimiento de la persona afectada o de quien tenga la representación legal o que esté autorizado para el acceso a la cartera de servicios telemáticos de la Consejería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud.

Disposición adicional cuarta. *Medicina genómica.*

1. La Administración autonómica, a través de la consejería con competencias en materia de sanidad, impulsará la formalización de acuerdos con otras entidades, de carácter público o privado, para potenciar la investigación en el campo de la medicina genómica y generar un valor añadido en materia de detección precoz a los trabajos realizados por la Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica.

2. Asimismo, se promoverán estudios poblacionales que permitan estratificar a las personas de un modo más preciso en distintos grupos de riesgo para el desarrollo de determinadas patologías y favorecer, con ello, el desarrollo proactivo de soluciones personalizadas para mejorar el diagnóstico, el tratamiento, la predicción y la prevención de determinadas enfermedades.

Disposición transitoria primera. *Desarrollo de la estructura de la Consellería y del Servicio Gallego de Salud.*

En el plazo de seis meses, a contar a partir de la entrada en vigor de la presente ley, se aprobarán las normas reglamentarias que resulten necesarias para adaptar la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud a lo establecido en la misma, manteniéndose en tanto vigentes las normas de estructura y delegación de competencias vigentes en la fecha de entrada en vigor de la presente ley.

Disposición transitoria segunda. *Áreas sanitarias.*

(Sin efecto)

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la presente ley, en particular, la Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia; la Ley 5/1983, de 30 de junio, de sanidad escolar, y el Decreto 44/1985, de 29 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de sanidad escolar.

Disposición final primera. *Modificación del artículo 8 de la Ley 6/1984, de 5 de junio, del Valedor do Pobo.*

A los efectos determinados en el artículo 18 de la presente ley, se modifica el artículo 8 de la Ley 6/1984, de 5 de junio, del Valedor do Pobo, el cual quedará redactado como sigue:

«Artículo 8.

1. El Valedor do Pobo estará auxiliado por hasta un máximo de tres vicevaledores o vicevaledoras, en quienes podrá delegar sus funciones, y que lo sustituirán en el ejercicio de las mismas de acuerdo con el orden que se establezca en su nombramiento, según lo dispuesto en el artículo 5.º 4 de la presente ley.

2. Uno de los vicevaledores o una de las vicevaledoras será designado o designada para el ejercicio de las funciones previstas en el capítulo V del título I de la Ley de salud de Galicia, teniendo a estos efectos la consideración de vicevaledor o vicevaledora del paciente.»

Disposición final segunda. *Desarrollo reglamentario de la ley.*

Sin perjuicio de lo previsto en las disposiciones adicionales y transitorias de la presente ley, se autoriza al Consejo de la Xunta para que apruebe los reglamentos que sean necesarios para la aplicación y desarrollo de la presente ley.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor de la ley.*

La presente ley entrará en vigor dos meses después de su publicación en el «Diario Oficial de Galicia».

§ 23

Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia

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: 24 de julio de 2025
Referencia: BOE-A-1994-22255

LA PRESIDENTA 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 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

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:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, nació con una señalada vocación de ordenar el sistema sanitario público en la Región de Murcia dotándolo de la adecuada organización de los servicios de salud existentes, todo ello, en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra región establece en el artículo 11.f), en materias de sanidad e higiene, mediante la creación de un organismo autónomo con competencias de gestión de servicios de salud y atención a la enfermedad.

Las experiencias obtenidas desde la entrada en vigor de la citada Ley, y muy especialmente el Plan de Salud, comprensivo de todas las acciones necesarias para cumplir los objetivos de salud, aconsejan, en este momento, progresar en el mandato del artículo 43 de la Constitución Española y en el marco de la legislación básica establecida por la Ley General de Sanidad, en cuanto a los aspectos ya regulados de carácter organizativo, de tutela de la salud pública y en los de la educación sanitaria, mediante el establecimiento de un sistema sanitario ágil y eficiente, descentralizado y autónomo, ampliamente responsable, con capacidad de financiación y participativo, creando un marco de referencia legal suficientemente amplio. Se trata de situar al ciudadano en el centro del sistema sanitario como una expresión más de que la población, las personas, individual y colectivamente, son el objetivo y los protagonistas de las políticas en el ámbito de la salud.

Para la cobertura de dicho sistema se han definido, tanto los rasgos característicos o principios a los que habrán de acogerse los titulares de derechos reconocidos constitucionalmente, al margen de todo privilegio o discriminación, como su efectivo ejercicio, amparados por los principios generales enunciados en la Ley, ejercitables por todos ante las distintas Administraciones Públicas sanitarias de la región, dentro de un marco de igualdad y eficacia.

La Ley supone una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera

a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y la segunda al Servicio Murciano de Salud, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra.

La incorporación de la planificación sanitaria a la práctica cotidiana de los servicios tiene su fiel reflejo en el Plan de Salud, como expresión de la política de salud a desarrollar por las Administraciones Públicas de nuestra región, y ello va a suponer, sin duda, la posibilidad de alcanzar mayores niveles de salud para los ciudadanos de nuestra región.

Desde el punto de vista organizativo, la Administración sanitaria de la Región de Murcia se estructura en áreas y zonas básicas de salud. A las áreas de salud se le reservan las funciones de salud pública, previéndose el nombramiento de un Delegado de Salud Pública y Consumo para la coordinación de los dispositivos de la Administración sanitaria en el área de salud, y al Servicio Murciano de Salud, la organización de la asistencia sanitaria en este ámbito territorial. Todo ello va a suponer un avance en la descentralización de la gestión de los servicios con la participación de las corporaciones locales.

Cuanto antecede responde, por tanto, a la adopción de un nuevo modelo de organización y gestión dotado de unos instrumentos ágiles de gestión que le van a permitir afrontar los retos de la eficacia y la eficiencia que tiene planteados el sistema sanitario público. Ello supone un cambio orientado hacia el usuario del sistema público, que se complementa con la libre elección de médico, servicio y centro por parte de los usuarios, que se plasmará en una mejora continua de la calidad de los servicios.

El conjunto de la Ley tiene, como primera finalidad, la atención al usuario; mejorando la accesibilidad, preservando la equidad, aumentando la información al ciudadano, mejorando el trato mediante la atención personalizada y potenciando los mecanismos para conocer la opinión de los usuarios.

Con el establecimiento de la gestión por objetivos y el fortalecimiento de los sistemas de información, se avanza, pues, hacia un sistema transparente en la gestión de los servicios sanitarios. Se trata, en definitiva, de un proceso de cambio cuya finalidad es la mejora de la calidad de los servicios mediante un salto cualitativo en la racionalización, la eficiencia y la eficacia del sistema sanitario, en todos sus aspectos.

ESTRUCTURA DE LA LEY

La Ley de Salud de la Región de Murcia se estructura en títulos. Así, en el preliminar, bajo la denominación de «disposiciones generales», se recogen los principios informadores que deben guiar las actuaciones de las Administraciones sanitarias, la regulación de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, y la promoción y defensa de los derechos de los mismos.

En el título I se delimitan claramente las competencias en materia sanitaria de las distintas Administraciones Públicas de la Región de Murcia.

En el título II se regula la planificación sanitaria, que, a través del Plan de Salud, garantizará una distribución racional de los recursos.

El título III se dedica a la ordenación de los recursos sanitarios en la Región de Murcia, tanto territorial como funcionalmente, con la separación anteriormente referida de las tareas asistenciales, que deberá realizar el Servicio Murciano de Salud, y las de salud pública, que se realizarán a través de las estructuras del área de salud.

En el título IV se regulan las funciones del Servicio Murciano de Salud como ente público encargado de prestar la asistencia sanitaria en la Región de Murcia, lo que permitirá avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial en los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma.

Por último, en el título V se regulan la docencia e investigación, tanto básica como aplicada, en los servicios de salud, con el fomento de la permanente actualización de los profesionales que trabajan en los mismos.

Concluye la Ley con dos disposiciones adicionales, dos transitorias, una derogatoria y tres finales.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente Ley tiene por objeto la regulación, con carácter general, de todas las acciones que permitan hacer efectivos el derecho a la protección de la salud, la calidad de vida y la atención al ciudadano, reconocidos en el artículo 43 y concordantes de la Constitución Española y la ordenación de los servicios sanitarios, todo ello en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, respecto de los que sean de su responsabilidad y de acuerdo con las competencias que tiene atribuidas por la Constitución y su Estatuto de Autonomía.

Artículo 2. *Principios informadores.*

Los medios y actuaciones de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia estarán informados por los siguientes principios:

a) Concepción integral de la salud.
b) Universalización de la asistencia sanitaria para todos los residentes de derec ho o de hecho en la Región de Murcia.
c) Igualdad efectiva y corrección de los desequilibrios territoriales y sociales en las condiciones de acceso a los servicios sanitarios.
d) El respeto y el reconocimiento de los derechos de los usuarios.
e) Mejora continuada de la calidad de la asistencia sanitaria, con especial atención a la infancia y a las personas ancianas y disminuidas físicas, psíquicas o sensoriales, así como a todos aquellos colectivos que, por su propia patología o implicaciones sociosanitarias, lo precisen.
f) Participación comunitaria.
g) Racionalización, eficacia y eficiencia en la organización.
h) Integración de todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos regionales, y autonomía, descentralización y desconcentración de funciones en su gestión.
i) Coordinación con los restantes servicios de las Administraciones Públicas, en especial con el Instituto Nacional de la Salud y los de Medio Ambiente, Educación y Asuntos Sociales.
j) Promoción del interés individual y social por la salud y el sistema sanitario.

Artículo 3. *Derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.*

Los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia ostentarán en el ámbito de la salud los derechos y deberes que se recojan en la Ley que, a tal efecto, se apruebe y en sus posteriores normas de desarrollo, con respeto a las previsiones de la Constitución Española, la legislación básica estatal aplicable y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por el Estado español en la materia.

Artículo 4. *Infracciones y sanciones.*

Las infracciones en materia de sanidad serán objeto de sanción administrativa, previa instrucción de expediente, sin perjuicio de la adopción de medidas administrativas dirigidas a salvaguardar la salud y seguridad de las personas.

El sistema de infracciones y sanciones de aplicación será el establecido en el capítulo VI del título I de la Ley General de Sanidad y normas que la desarrollen y complementen.

TÍTULO I

De las competencias de las Administraciones Públicas

Artículo 5. *Competencias del Consejo de Gobierno.*

El Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ejercerá, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2 de la presente Ley, las siguientes competencias:

a) El establecimiento de las directrices de la política sanitaria de la Región de Murcia.
b) La aprobación del Plan de Salud de la Región de Murcia.
c) La aprobación del proyecto de presupuesto del Servicio Murciano de Salud.
d) La autorización al Servicio Murciano de Salud para la constitución o participación en entidades cuyo objeto social esté relacionado con el cumplimiento de sus fines.
e) Todas las demás que le sean atribuidas por las disposiciones vigentes.

Artículo 6. *Competencias de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.*

La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales ejercerá, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2 de la presente Ley, las siguientes competencias:

a) La definición de la política sanitaria en la Región de Murcia, de acuerdo con las directrices establecidas por el Consejo de Gobierno.
b) La determinación de los criterios generales de la planificación sanitaria y de prioridades en la asignación de recursos.
c) La elaboración y elevación al Consejo de Gobierno de la propuesta del Plan de Salud de la Región de Murcia.
d) La remisión a la Consejería de Hacienda y Administración Pública del anteproyecto de presupuesto del Servicio Murciano de Salud.
e) El control, inspección y evaluación de las actividades del Servicio Murciano de Salud.
f) La propuesta al Consejo de Gobierno de autorización al Servicio Murciano de Salud, para la constitución o participación en entidades cuyo objeto social esté relacionado con el cumplimiento de sus fines.
g) El otorgamiento de las autorizaciones administrativas de carácter sanitario para la creación, modificación, traslado o cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, su catalogación y acreditación y el mantenimiento de los registros establecidos por las disposiciones legales vigentes.
h) El otorgamiento de las autorizaciones administrativas de carácter sanitario y el mantenimiento de los registros establecidos por las disposiciones legales vigentes de cualquier tipo de instalaciones, establecimientos, actividades, servicios o artículos directa o indirectamente relacionados con el uso y el consumo humano.
i) La evaluación y el control de los convenios con entidades y centros concertados.
j) Ejercitar las competencias sancionadoras y de intervención pública para la protección de la salud.
k) Todas las demás que le sean atribuidas por las disposiciones vigentes.

Artículo 7. *Competencias de los Ayuntamientos.*

1. Los Ayuntamientos tendrán las siguientes competencias que serán ejercidas, en sus respectivos ámbitos territoriales, dentro del marco de las que legalmente le están atribuidas y según los planes y directrices sanitarias de la Administración de la Comunidad Autónoma:

a) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica y acústica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales y 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 de los medios de transporte.

e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

2. Además de las competencias referidas en el apartado anterior, los Ayuntamientos ejercerán aquellas que en materia sanitaria les sean delegadas por el Consejo de Gobierno a propuesta del Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, de acuerdo con la legislación vigente.

Artículo 8. *Apoyo técnico.*

1. Para el desarrollo de las funciones sanitarias que le son propias, los Ayuntamientos podrán recabar el apoyo técnico del personal y medios de los servicios de salud que existan en las áreas de salud en cuya demarcación territorial estén comprendidos.

La utilización de cualquier otro personal o medio técnico sobre gestión y prestación de servicios que tengan interés local en coincidencia con los intereses regionales, en el marco de los proyectos y actuaciones en salud pública para cada área de salud, se llevarán a cabo con la previa conformidad de las corporaciones locales interesadas y mediante las fórmulas previstas en el artículo 4 de la Ley 7/1983, de 7 de octubre, de Descentralización Territorial y Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y las Entidades Locales.

2. El personal sanitario que preste apoyo a los Ayuntamientos 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 personal y patrimonial.

3. Por el Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, se establecerá el procedimiento para la tramitación de las solicitudes de apoyo técnico referidas a los apartados anteriores.

4. Las corporaciones locales podrán nombrar un coordinador para el mejor seguimiento, en su término territorial, de las acciones de fomento de la salud pública contempladas en los apartados anteriores y en el artículo 13 de la presente Ley.

TÍTULO II

De la planificación sanitaria

Artículo 9. *Fines.*

La Administración de la Comunidad Autónoma, mediante la planificación sanitaria, garantizará la distribución racional de los recursos y la coordinación de todas las actuaciones, con el fin de alcanzar los mayores niveles de salud para los ciudadanos de la Región de Murcia.

Artículo 10. *El Plan de Salud.*

1. El Plan de Salud constituirá la expresión de la política de salud a desarrollar por las Administraciones Públicas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

2. El Plan de Salud deberá incluir un análisis e identificación de los problemas, la formulación de los objetivos a alcanzar, plazos de ejecución o calendario general de actuaciones, los programas a desarrollar, los órganos encargados de su ejecución, los recursos que han de destinarse a su financiación y los mecanismos de evaluación sistemática y continuada de los distintos programas, garantizando la participación de la colectividad en todas las fases de su desarrollo.

3. El Plan de Salud será revisado y actualizado periódicamente.

4. Con anterioridad a la aprobación del Plan de Salud por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, su proyecto deberá ser remitido a la Asamblea Regional para su conocimiento y aportación, por parte de los distintos Grupos Parlamentarios, de las alegaciones que estimen oportunas.

Artículo 11. *El Consejo de Salud de la Región de Murcia. Estructura y funciones.*

1. El Consejo de Salud es el órgano superior consultivo, y de participación ciudadana de la sanidad pública en la t Región de Murcia. Estará presidido por el Consejero competente en materia de sanidad, quien podrá delegar en el Secretario General, que será su vicepresidente.

El resto de componentes, nombrados por el presidente, a propuesta de sus respectivas representaciones, estará constituido por:

a) Cuatro representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

b) Tres representantes de la Federación Regional de Municipios. .

c) Un representante de cada una de las Organizaciones Sindicales a que se refiere el artículo 87.2 de la Ley del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, así como de cada una de las centrales sindicales con mayor implantación general en la Región de Murcia.

d) Dos representantes de las organizaciones empresariales con mayor arraigo en la Región de Murcia.

e) Dos representantes por las asociaciones de vecinos.

f) Dos representantes por las organizaciones de consumidores y usuarios más representativas.

g) Un representante de cada uno de los colegios profesionales del área socio-sanitaria.

h) Un representante por las sociedades científicas regionales del campo de la salud.

i) Un representante de la Universidad de Murcia.

j) Un representante de cada una de las áreas de salud en que se divide la Región de Murcia.

k) Dos representantes de las entidades de enfermos crónicos.

1) Un representante de las asociaciones de voluntariado.

Actuará como secretario un funcionario designado por el Presidente del Consejo.

2. El Consejo de Salud de la Región de Murcia tendrá como funciones propias:

a) El asesoramiento al Consejo de Gobierno y consejero en cuantos asuntos relacionados con la salud le sean consultados por éste.

b) Proponer la adopción de cuantas medidas se consideren oportunas, dirigidas a la mejora de la salud de los ciudadanos y la prevención de la enfermedad.

c) Evaluar el cumplimiento de los fines y objetivos del Plan de Salud.

d) Conocer e informar el anteproyecto del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma y elevar el informe al Consejo de Dirección.

e) Conocer e informar el anteproyecto de memoria anual del Servicio Murciano de Salud.

f) Ser el órgano de participación social de la Consejería y de su ente público Servicio Murciano de Salud.

g) Todas aquellas que el Consejo de Gobierno le asigne.

Para todo ello, podrá constituir en su seno las ponencias o comisiones de trabajo que considere pertinentes.

3. El Consejo de Salud de la Región de Murcia se reunirá con carácter ordinario una vez cada cuatro meses. Su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la Ley de Órganos Consultivos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

TÍTULO III

De la ordenación sanitaria

Artículo 12. *El mapa sanitario.*

1. El mapa sanitario de la Región de Murcia se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías y de medios de comunicación, así como de instalaciones sanitarias existentes. Las Áreas de Salud deberán contar con una dotación de recursos sanitarios para la atención

primaria integral a la salud y de atención pública especializada 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 de cobertura pública que, debido a su alto nivel de especialización, tengan asignado un ámbito de influencia superior al Área.

Cada Área de Salud estará vinculada a un hospital general, con los servicios que aconseje el Plan de Salud del Área, en función de la estructura y necesidades de la población.

Se establecerán las medidas adecuadas para garantizar la atención continua, entre los niveles asistenciales de atención primaria y especializada, al ciudadano.

2. Corresponderá a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales la aprobación y revisión del mapa sanitario de la Región de Murcia.

Artículo 13. *Funciones de las Áreas de Salud.*

1. De acuerdo con los criterios generales establecidos por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, las Áreas de Salud deberán desarrollar, dentro de su específico ámbito territorial de actuación, las siguientes funciones:

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 organización y gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, a través de los dispositivos del Servicio Murciano de Salud.

c) La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria, de acuerdo con el Plan de Salud del Área y el de la Región de Murcia.

2. Sin perjuicio de la titularidad de las competencias y responsabilidades atribuidas a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, se encomienda al Delegado de Salud y Consumo, o, en su caso, al Gerente de Área, la gestión de las siguientes funciones en materia de salud pública:

a) Diseñar, promover y ejecutar programas específicos de salud pública en el ámbito de su Área.

b) Hacer efectivos los programas de salud pública de carácter regional.

c) Promover acciones en salud laboral específicas del Área.

d) Realizar auditorías operativas de las actividades y establecimientos en materia de su competencia.

e) Promocionar la formación en investigación básica y aplicada en salud pública.

f) Fomentar la participación comunitaria.

g) Todas las demás que le sean atribuidas por las disposiciones vigentes.

3. La prestación de los servicios y el desarrollo de las actuaciones referidas en el apartado anterior, se podrán llevar a efecto directamente o mediante la participación o constitución de cualquier clase de entidad, cuyo objeto social esté relacionado con aquéllos.

Cuando se trate de la prestación de servicios y el desarrollo de actuaciones en materia de salud pública, se podrán constituir entidades de las referidas en el párrafo anterior con las corporaciones locales y con los organismos y asociaciones que desarrollen su actividad en el ámbito territorial del Área de Salud, que participarán en la financiación de las mismas. En este sentido, anualmente se elaborarán proyectos específicos cofinanciados en actividades e intervenciones en salud pública.

Artículo 14. *Órganos de dirección, participación y gestión.*

El Área de Salud se estructurará en los siguientes órganos:

1. De dirección y gestión:

a) El Consejo de Dirección.

b) El Delegado de Salud y Consumo.

c) El Gerente del Área.

2. De participación:

El Consejo de Salud de Área.

Artículo 15. *Consejo de Dirección.*

1. El Consejo de Dirección, órgano superior de gobierno del Área de Salud, estará formado por seis representantes de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y cuatro representantes de los Ayuntamientos del territorio del Área de Salud correspondiente.

Los miembros del Consejo de Dirección serán nombrados y cesados por el Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, a propuesta de cada una de las representaciones que la componen. El nombramiento se hará por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que gocen de la representación requerida.

Reglamentariamente, deberá fijarse el sistema para la designación de los representantes de los Ayuntamientos en el Consejo de Dirección del Área de Salud, los cuales deberán ser elegidos de entre representantes de las corporaciones locales que formen parte del Consejo de Salud de Área.

El Delegado de Salud y Consumo presidirá el Consejo de Dirección del Área y el Gerente de Área actuará como Vicepresidente del mismo.

En aquellas Áreas en que no exista Delegado de Salud y Consumo, el Gerente del Área presidirá el Consejo de Dirección de Área y ejercerá igualmente las funciones de coordinación.

2. El Consejo de Dirección del Área de Salud tendrá como principal atribución el establecimiento de los criterios generales de actuación en política sanitaria, de acuerdo con las directrices de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y el Plan de Salud de la Región de Murcia, y le corresponderá el desarrollo de las siguientes funciones:

a) Formular el anteproyecto del Plan de Salud de Área, para su inclusión en el Plan de Salud de la Región de Murcia.

b) Formular programas de actuación en el Área de Salud, siguiendo las directrices del Plan de Salud de Área.

c) Aprobar la propuesta del anteproyecto de ingresos y gastos anuales del Área de Salud, y elevarla a los órganos correspondientes para su tramitación.

d) Aprobar y elevar a los respectivos departamentos el estado de cuentas y los documentos relativos a la gestión del Área de Salud, diferenciando los de salud pública de los de gestión de servicios sanitarios.

e) Aprobar, si procede, la Memoria anual del Área de Salud.

f) Proponer al Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales el representante para el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud.

g) Aquellas funciones que en materia de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitarias y de salud pública, y de establecimiento y actualización de acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de servicios le sean delegadas por los órganos competentes de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Deberá desarrollarse reglamentariamente el régimen y funcionamiento del Consejo de Dirección del Área de Salud, para que pueda hacer efectivas las funciones que le han sido asignadas.

Artículo 16. *Delegado de Salud y Consumo.*

1. Para la coordinación de los dispositivos de Salud Pública de la Administración Sanitaria, en el ámbito del Área de Salud, se podrá nombrar, por el Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, un Delegado de Salud y Consumo, con funciones de dirección, en aquellas Áreas en que la demanda de servicios así lo exija.

2. El Delegado de Salud y Consumo actuará en el ámbito de la coordinación con los criterios generales tenidos en cuenta en la formulación del Plan Regional de Salud, y en aquellas acciones conjuntas exigidas por el ejercicio de las competencias atribuidas a la Administración Local e Institucional, en el ámbito territorial del área, y extraterritorial en los casos que así determine.

Artículo 17. *Gerente de Área.*

El Gerente de Área se encargará de la ejecución de las acciones en los dispositivos de asistencia sanitaria del Servicio Murciano de Salud, emanadas de las directrices establecidas por el Consejo de Dirección de Área, de las propias del Plan de Salud del Área. Asimismo, presentará los anteproyectos en materia de asistencia sanitaria en la relación al Plan de Salud, y el proyecto de Memoria anual del Área de Salud.

El Gerente de Área será nombrado y cesado por la Dirección del Servicio Murciano de Salud a propuesta del Consejo de Dirección de Área, y será el órgano de gestión de servicios sanitarios de la misma.

Artículo 18. *Consejo de Salud de Área.*

1. El Consejo de Salud de Área será el órgano de participación comunitaria en las demarcaciones territoriales del Servicio Murciano de Salud y se compondrá de los siguientes miembros:

a) Cuatro representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, uno de los cuales será su Presidente.

b) Cuatro representantes de los Ayuntamientos del Área de Salud.

c) Dos representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito territorial.

d) Dos representantes de las organizaciones empresariales más representativas del ámbito territorial.

e) Dos representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios más representativas en el ámbito territorial.

f) Un representante de los colegios profesionales del área sociosanitaria.

g) Un representante de las asociaciones de vecinos.

h) Un representante de las entidades de enfermos crónicos.

i) Un representante de las asociaciones de voluntariado.

j) Un representante de las sociedades científicas.

Actuará como Secretario uno de los miembros del Consejo de Salud.

Los miembros del Consejo de Salud del Área de Salud serán nombrados y cesados por el Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, a propuesta de cada una de las representaciones que la componen. El nombramiento se hará por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados puedan ser reelegidos sucesivamente siempre que gocen de la representación requerida.

Reglamentariamente, deberá fijarse el sistema de designación de los representantes de los Ayuntamientos en el Consejo de Salud del Área de Salud.

2. Corresponderá al Consejo de Salud, en su calidad de órgano de asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión de la actividad de la respectiva área, ejercer las siguientes funciones:

a) Asesorar y formular propuestas al Consejo de Dirección del Área en los asuntos relacionados con la protección de la salud y la atención sanitaria en su territorio.

b) Verificar que las actuaciones en el Área de Salud se adecuen a la normativa sanitaria y desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.

c) Promover la participación de la comunidad en los centros y establecimientos sanitarios.

d) Conocer el anteproyecto del Plan de Salud del Área e informar sobre el mismo, con carácter previo a su aprobación.

e) Conocer el anteproyecto de presupuesto del Área de Salud e informar sobre el mismo, con carácter previo a su aprobación.

f) Conocer la Memoria anual del Área de Salud e informar sobre la misma, incluyendo en ella los resultados económicos y sanitarios, con carácter previo a su aprobación.

g) Cualesquiera otras que le sean atribuidas legal o reglamentariamente.

Deberá desarrollarse reglamentariamente el régimen y funcionamiento del Consejo de Salud del Área de Salud, para que pueda hacer efectivas las funciones que le han sido asignadas.

Artículo 19. *De la zona básica de salud.*

1. La zona básica de salud constituye el marco territorial de la atención primaria de salud, dentro del cual desarrollará su actividad el equipo de atención primaria.
2. Las zonas básicas de salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías y medios de comunicación, disponiendo de una cabecera en donde se ubicará un centro de salud, como estructura física y funcional que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del equipo, así como de las instalaciones sanitarias existentes.
3. En el ámbito de zona básica de salud se establecerán de manera integrada las actuaciones relativas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población.
4. La coordinación de los dispositivos de salud pública de área se apoyará, fundamentalmente, en las corporaciones locales para las actividades e intervenciones que se desarrollen en su zona de salud.
5. Excepcionalmente, una vez constituidos los Consejos de Salud de Área, a iniciativa de éstos y mediante Decreto del Consejo de Gobierno, se podrán crear consejos de salud de zona, como órganos de participación y apoyo, en aquellas zonas de salud en que concurran especiales circunstancias orográficas, económicas, sociales, demográficas o sanitarias que hagan aconsejable o necesario su constitución y siempre que su demarcación territorial coincida con el término municipal.

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, reforma, restauración, rehabilitación o gran reparación, 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.

TÍTULO V

De la docencia e investigación

Artículo 36.

Toda la estructura asistencial de los servicios de salud, públicos o concertados, debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales sanitarios.

Artículo 37.

La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en concurrencia con otras Administraciones Públicas competentes en educación, promoverá la revisión permanente de las enseñanzas en ciencias de la salud para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades de la población, la formación interdisciplinar y la actuación permanente de conocimientos, todo ello de acuerdo con los programas de cada Área de Salud y con el objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria y todas aquellas actuaciones que se estimen beneficiosas en el campo de la salud.

Artículo 38.

1. La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia fomentará las actividades de investigación en salud, tanto básica como aplicada, orientadas a la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.

2. Las actuaciones investigadoras deberán contribuir a la promoción de la salud en la Región de Murcia, y se considerará, especialmente, la realidad sociosanitaria, las causas y mecanismos que la determinan, las formas y medios de intervención preventiva y curativa, la

evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones y su impacto en la salud de la población.

3. La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de sus órganos competentes, establecerá convenios y conciertos con las instituciones universitarias, culturales y científicas, así como con fundaciones y asociaciones, sin ánimo de lucro, que desarrollen programas en este campo, con el fin de fomentar la investigación en salud y la optimización del aprovechamiento de la capacidad docente de las estructuras asistenciales y educativas.

Disposición adicional primera.

Las actuaciones que se atribuyen al Servicio Murciano de Salud por esta Ley, en cuanto afecten a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizarán de forma coordinada con su red asistencial a través de la Comisión de Coordinación de Asistencia Sanitaria, creada por el acuerdo suscrito entre la Administración de la Comunidad Autónoma y la Administración del Estado el 28 de julio de 1987.

Disposición adicional segunda.

En el plazo de seis meses desde la publicación de la presente Ley, el Consejo de Gobierno establecerá un sistema de normalización de cuentas en el actual Servicio Murciano de Salud, diferenciando las correspondientes a cada una de las instituciones hospitalarias en él integradas. La normalización recogerá, con la adecuada imputación económica y contable, los ingresos y gastos de cada una de ellas. De su resultado se dará cuenta a la Asamblea Regional y el Consejo de Gobierno adoptará o propondrá las medidas que deriven de la citada normalización de cuentas para garantizar un correcto y eficaz funcionamiento de los servicios sanitarios regionales.

Disposición transitoria primera.

El personal adscrito al Servicio Murciano de Salud 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 34 de la presente Ley.

Disposición transitoria segunda.

El Consejo de Gobierno deberá adoptar las medidas pertinentes, tendentes a la homologación entre los distintos colectivos que integren el Servicio Murciano de Salud. A tal fin, las Consejerías de Hacienda y Administración Pública y de Sanidad y Asuntos Sociales negociarán con las centrales sindicales las condiciones para la homologación de tales colectivos dentro del cauce previsto en la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas, modificada por la Ley 7/1990, de 19 de julio, sobre negociación colectiva y participación en la determinación de las condiciones de trabajo de los funcionarios públicos.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas la Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, y cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan o contradigan lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final primera.

A la entrada en vigor de la presente Ley quedará automáticamente extinguido el organismo autónomo Servicio de Salud de la Región de Murcia, y el ente público Servicio Murciano de Salud se subrogará en todos los derechos y obligaciones de aquél.

Disposición final segunda.

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar cuantas disposiciones considere necesarias para la ejecución y desarrollo de la presente Ley.

Disposición final tercera.

La presente Ley entrará en vigor el 1 de enero de 1995.

§ 24

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud

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: 22 de julio de 2025
Referencia: BOE-A-2002-8489

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

Sepan todos los ciudadanos que el Parlamento 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

1

La presente Ley tiene por objeto la regulación de las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja, permitan hacer efectivo el contenido del artículo 43 de la Constitución Española que 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 a los ciudadanos.

El Estatuto de Autonomía de La Rioja, desde su redacción originaria, atribuye a la Comunidad Autónoma de La Rioja la competencia para el desarrollo legislativo y de ejecución en materia de sanidad e higiene.

El primer desarrollo legislativo de esta previsión estatutaria fue la Ley 4/1991, de 25 de marzo, por la que se crea el Servicio Riojano de Salud, cuyas previsiones se han visto superadas por el transcurso del tiempo, el reciente traspaso de la asistencia sanitaria y la trascendental transformación de la Administración de la propia Comunidad Autónoma. Igualmente, en estos últimos diez años han irrumpido con fuerza nuevos derechos y deberes de los usuarios de los servicios públicos que la regulación de la Comunidad acoge en beneficio de todos los ciudadanos.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, Ley General de Sanidad), norma básica dictada por el Estado en uso de las competencias que le reserva el artículo 149.1.16 del Texto Constitucional, con la finalidad de hacer efectivo el citado precepto, establece las bases ordenadoras para la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de los 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 y de las Corporaciones Locales, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma. 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, dentro del ámbito de sus competencias, a adoptar medidas de intervención sanitaria excepcionales cuando así lo exijan razones de urgencia o necesidad; la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que tiene por objeto 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, y, más recientemente, con la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, y la Ley 16/1997, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia.

La ordenación sanitaria de la presente Ley se define como el conjunto de acciones que permiten hacer efectivo el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud que se mencionaba con anterioridad, de acuerdo con los principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración de los servicios sanitarios, criterios que han de combinarse con los de eficacia, eficiencia y racionalidad en la gestión para hacer frente de una forma solidaria a las necesidades crecientes generadas por los cambios sociodemográficos en la población riojana o el empleo de tecnologías avanzadas, sin renunciar a lo que ha de ser en todo caso un servicio público universal. Cuanto antecede responde, por tanto, a la adopción de un nuevo modelo de organización y gestión dotado de unos instrumentos ágiles de gestión que le van a permitir afrontar los retos de la eficacia y la eficiencia que tiene planteados el sistema sanitario público. Ello supone un cambio orientado hacia el usuario del sistema público. Se trata de situar al ciudadano en el centro del sistema sanitario como una expresión más de que la población, las personas, individual y colectivamente, son el objetivo y los protagonistas de las políticas en el ámbito de la salud.

2

El título II, desde el genérico reconocimiento del derecho a la protección a la salud recogido en el artículo 43 de la Constitución Española, aborda una regulación detallada de los derechos y de los deberes de los usuarios de los servicios públicos sanitarios, con un enfoque que supera la mera visión asistencial para dar entrada entre los derechos del usuario a potestades personales que entroncan con derechos más generales del ciudadano como son la autonomía de la voluntad, el derecho a la intimidad y al honor, la protección de la familia –y la consiguiente participación del núcleo familiar y de amistad en el servicio sanitario–, la atención a los menores y discapacitados desde el respeto que merece su voluntad, etc., y con derechos propios de una sociedad avanzada como los que se refieren al uso humano de la tecnología médica, de la genética y la asunción de la lucha contra el dolor como un objetivo singular de la acción pública sanitaria.

Una característica de la Ley es centrar el modelo de salud en los ciudadanos. Por ello, en la presente Ley, se pormenoriza con mucho detalle sus derechos en lo que respecta a su papel de usuarios del Sistema Público de Salud tal como se recoge en los capítulos I y III.

Por este motivo en el capítulo I se parte de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, donde se establecen con carácter marco los derechos de los ciudadanos en relación con las diferentes Administraciones Públicas en el ámbito de la salud. Este título II regula así mismo el denominado «Testamento Vital» al tiempo que recoge las conclusiones del Convenio suscrito el 4 de abril de 1997 entre los Estados miembros del Consejo de Europa para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, ratificado por España el 1 de enero de 2000. En él se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes, destacando la tutela y gestión del derecho a la información, consentimiento informado e intimidad de la información sobre la salud de las personas.

Por otra parte, en el capítulo I se establece quiénes son los titulares de los derechos en materia de salud, así como las garantías de los mismos. Junto a los más convencionales de autonomía, intimidad, confidencialidad e información se contemplan en la presente Ley los relativos a la constitución genética de la persona, la investigación y la experimentación científica, la calidad asistencial y el acceso a la documentación clínica.

En el capítulo II están recogidos los deberes del ciudadano respecto al Sistema Público de Salud y sus recursos. Como en el caso anterior, se superan los contenidos del artículo 11 de la Ley General de Sanidad en el que se establecen las obligaciones marco del ciudadano,

en relación con las instituciones y organismos del ámbito de salud. El protagonismo del ciudadano en el sistema riojano público de salud exige de su parte una posición activa, como titular de un sistema avanzado de derechos y como responsable de un haz de deberes relativos al uso del servicio, al cuidado propio y atención a las necesidades colectivas, a la observancia de estilos saludables de vida, etc., que, en conjunto, le hacen corresponsable con los poderes públicos del éxito del sistema. En igual medida, esta posición activa debe ser la medida de la exigencia ciudadana sobre el sistema y el Servicio Riojano de Salud. Por último y en el capítulo IV de este título se da carta de naturaleza a una figura relevante como es el Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja, dotándola de atribuciones efectivas para la defensa de los derechos de los usuarios.

3

En virtud de la previsión que realiza en su artículo 50 la Ley General de Sanidad, se configura el Sistema Público de Salud de La Rioja integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad Autónoma y las Entidades Locales que la componen. Dicho sistema se estructura en niveles progresivos e interrelacionados de atención a la salud, con objeto de responder a las necesidades que la transferencia de la asistencia sanitaria operada por el Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, conlleva para la Administración Autonómica. Así mismo, la caracterización de la salud como materia de naturaleza multidisciplinar implica la necesidad de atender a cuestiones íntimamente relacionadas con ella, como es la promoción de la salud integral del trabajador o la calidad alimentaria y del medio ambiente sobre las que existe una alta preocupación social.

Esta Ley también contempla la estructura básica de los servicios sanitarios integrados comprendidos en el Sistema Público de Salud de La Rioja y establece en su capítulo III la ordenación territorial de los mismos. En cada Área de Salud debe asegurarse la continuidad de la atención a la salud de la población, además de promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario, así como la coordinación de todos los recursos sanitarios, públicos y privados, quedando abierta la vía para la articulación territorial a nivel intracomunitario, citada en el apartado 1 de esta exposición de motivos.

A su vez cada Área de Salud se estructura en Zonas Básicas de Salud que es el marco poblacional y territorial de referencia donde actúan los equipos de atención primaria.

En el capítulo I se describen las actividades y sus características, los recursos y las prestaciones que oferta el Sistema Público de Salud de La Rioja, recogiéndose en el capítulo IV la ordenación funcional del citado sistema.

De esta ordenación funcional deben destacarse los siguientes aspectos. El primero de ellos es el situar la atención primaria como puerta de entrada del sistema y al médico de familia como agente del ciudadano.

El segundo es el relativo a la ya citada preocupación creciente de los ciudadanos en lo que respecta a los temas referidos a la seguridad alimentaria que hoy son competencia de diversos Departamentos del Gobierno de La Rioja. En el futuro dichas competencias dispersas deberán agruparse en el marco de un organismo en el que se integren las actuaciones en materia de seguridad alimentaria y sanidad ambiental que, dependiendo de la Dirección General que corresponda dentro de la Consejería competente en materia de salud, coordine las intervenciones en el medio a fin de garantizar un entorno seguro y saludable a los ciudadanos.

En tercer lugar, se reitera la trascendencia de todas aquellas actuaciones relativas a la mejora de la seguridad y salud en el trabajo.

En cuarto lugar se plantea la coordinación entre la atención a la dependencia derivada de la pérdida de la autonomía física, psíquica o social y la atención a la enfermedad cuando ambos problemas aparecen juntos. Su abordaje también es singular al considerar los aspectos de cuidados paliativos, convalecencia y subagudos como prestaciones sanitarias y, por lo tanto, incluidas en el ámbito de la salud y definir al mismo tiempo la existencia de servicios específicos para atender en el ámbito sanitario a pacientes con dependencia y a su vez asegurar la atención sanitaria para personas atendidas por problemas de dependencia en recursos de servicios sociales (larga duración). Es este un enfoque realista y posibilista de la atención sociosanitaria que, al evitar la creación de un espacio propio sociosanitario, permite la continuidad de la asistencia.

En quinto lugar, la Ley da carta de naturaleza a la atención de urgencias y emergencias como una garantía de los ciudadanos las 24 horas del día, los 365 días del año, y en sexto y último, coloca la salud mental en el marco de la atención sanitaria y se asegura su coordinación con los diversos recursos asistenciales tanto de atención primaria como especializada.

El capítulo II hace referencia al Plan de Salud como eje integrador de las iniciativas en materia de salud a fin de dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Este Plan de Salud es el eje vertebral del desarrollo de las actividades para la mejora de la salud de la población.

4

Dando cumplimiento a lo previsto en el artículo 23 de la Constitución Española, el Sistema Público de Salud de La Rioja se dota de los instrumentos de participación de los ciudadanos en la definición de las políticas y en la gestión de los recursos en su ámbito concretándose en diversos niveles: el Consejo Riojano de Salud, el Consejo de Salud de Área, el Consejo de Salud de Zona y los órganos de participación de los centros asistenciales, los cuales son, de acuerdo con lo establecido en el artículo 129 de la Constitución Española, los órganos de participación social en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejercicio, reforzando el papel que al respecto vienen desempeñando las centrales sindicales y las organizaciones empresariales, así como las organizaciones de consumidores y usuarios de La Rioja.

El Consejo Riojano de Salud descrito en el capítulo III de este título se constituye como el máximo órgano de participación comunitaria en la formulación de la política de salud. Se eleva su rango al adscribirse directamente a la Consejería competente en materia de salud y de él dependen los Consejos de Salud de las Áreas, que como se recoge en el capítulo IV son los órganos de asesoramiento en la gestión de los recursos.

El capítulo V hace suyas las previsiones de la ya citada Ley General de Sanidad en lo tocante a los Consejos de Salud de Zona y se incorpora en el capítulo VI una novedad en lo que es la casuística general de los Servicios de Salud posibilitando dotar a los centros de provisión de servicios sanitarios de un órgano de participación en el que se articule por un lado la faceta de propietario que se atribuye al ciudadano y por otro se establece con ello un mecanismo de anclaje de los hospitales con la sociedad y a través de ello a la población y territorio a la que sirven. Al mismo tiempo se clarifican las funciones de gobernabilidad y de gestión a menudo confundidas en las figuras gerenciales con la ordenación actual.

5

El título V, dedicado al sistema de financiación del Sistema Público de Salud de La Rioja, adopta un esquema coherente con el principio de financiación pública previamente definido, garantizando el acceso a las prestaciones sanitarias de forma gratuita en el momento de su utilización, sin perjuicio de lo dispuesto en el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por lo que se regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación en el Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de la Salud, pero no lo agota desde un punto de vista normativo.

El sistema de financiación se contempla dentro de las previsiones del carácter general del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas y en particular de la sanidad no dejando de lado la realidad de la creación del espacio europeo común y, por lo tanto, de las fuentes de financiación que de él se puedan derivar.

6

El título VI define y distribuye las competencias y funciones entre las diversas Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

En el capítulo I se define la Autoridad Sanitaria. En el capítulo II se describen las competencias del Gobierno de La Rioja, debiendo señalarse las de la aprobación del Plan de

Salud de la Comunidad que se convierte así en un instrumento de planificación de la misma como fiel reflejo de su preocupación por la salud de los ciudadanos.

En el III se atribuyen a la Consejería competente en materia de salud todas las funciones que implican el ejercicio de la autoridad normativa y reguladora así como la de financiación y aseguramiento público del Sistema Público de Salud de La Rioja, mientras que la provisión de servicios y prestación corresponden al Servicio Riojano de Salud. De esta manera se separan las funciones de aseguramiento y provisión, lo que permite establecer mecanismos de competencia pública en el contexto de un mercado interno para estimular la calidad y la eficiencia de los servicios prestados a los ciudadanos.

Respecto a las Entidades Locales y tal como se recoge en el capítulo IV, esta Ley se preocupa de precisar sus responsabilidades y competencias en salud pública y su participación en los órganos directivos y participativos del Servicio Riojano de Salud, áreas territoriales y centros asistenciales. De esta manera se respeta el principio de autonomía municipal que tienen garantizada constitucionalmente las Entidades Locales, al asegurar su derecho a participar en la gestión de los servicios sanitarios del Servicio Riojano de Salud y al atribuirles determinadas responsabilidades en materia de control sanitario.

7

La normativa del Servicio Riojano de Salud debe adecuarse al nuevo rol que se le asigna dentro del modelo de salud de la Comunidad. Tal como se indica en el capítulo I se define su objeto como el de una entidad proveedora de servicios públicos sanitarios integrada por los centros y servicios sanitarios que el Gobierno de La Rioja le adscriba.

Dado que es una entidad proveedora de servicios sanitarios su reto básico es el de gestionar adecuadamente los recursos con los que cuenta para dar el mejor servicio posible a los ciudadanos y para ello precisa, dentro del marco legal vigente, dotarse de los mayores márgenes posibles de libertad en la gestión. A tal fin la naturaleza del Servicio Riojano de Salud es la de un organismo autónomo de carácter administrativo dotado de personalidad jurídica propia.

A tenor de ello sus funciones se describen en el capítulo II acordes a su posicionamiento de proveedor de servicios sanitarios. El personal para cumplir las citadas funciones como se refleja en el capítulo III podrá ser funcionario, laboral o estatutario; propio, adscrito o transferido, estando cada uno de ellos a lo que disponga el régimen jurídico al que pertenezca, que, en el caso del personal estatutario, se regulará específicamente y tendente en un futuro a la consideración de forma mayoritaria al régimen de personal estatutario.

Los recursos materiales y patrimoniales de los que dispondrá serán los que le adscriban para el cumplimiento de su misión la Comunidad Autónoma, las Corporaciones Locales y la Seguridad Social más los que constituyan como propios en el cumplimiento de sus funciones, siempre y tal como se indica en el capítulo IV respetando la normativa vigente al respecto en la Comunidad Autónoma de La Rioja y teniendo en cualquier caso la consideración de dominio público.

En el capítulo V se describe su régimen de presupuestos y contabilidad, que se regula por lo dispuesto en la legislación de la Hacienda Pública de la Comunidad de La Rioja mientras que el de contratación pública seguirá las normas generales de contrataciones de las Administraciones Públicas, ostentando el Gerente la condición de órgano de contratación con las limitaciones que establezca la normativa correspondiente en la Comunidad.

Por lo que se refiere a la financiación, ésta se realiza básicamente por las dotaciones fijadas en los Presupuestos Generales de la Comunidad, que se efectuarán en el marco de un Contrato-Programa con la Consejería competente en materia de salud en el que se definirá la contraprestación a exigir a esta financiación.

Se separa en el capítulo VI la gobernabilidad representada por el Consejo de Administración de la dirección y gestión asumida en primera instancia por el Gerente y los Gerentes de las Áreas.

El Consejo de Administración bajo la presidencia del Consejero competente en materia de salud es el máximo órgano en la formulación de las políticas y el control de los resultados del Servicio Riojano de Salud.

El Servicio Riojano de Salud se organizará en Áreas Sanitarias al frente de las cuales habrá un Gerente que se responsabilizará de la gestión integral de todos los recursos

asistenciales de su Área con el propósito de asegurar la continuidad asistencial, la integralidad de la atención y la eficiencia a través de las economías de escala.

8

En el título VIII se detallan los aspectos generales que definen el espacio de colaboración de la iniciativa privada con el Sistema Público de Salud de La Rioja, destacándose aquí el papel de complementariedad que debe jugar en un marco de optimización de los recursos sanitarios públicos y la necesidad de la adecuada coordinación con los mismos.

9

En el título IX se trata las líneas generales sobre la docencia e investigación sanitarias, entendidas estas actividades no sólo como un elemento clave para la mejora de la cualificación de los profesionales y la calidad de sus actuaciones, sino también como un trascendente instrumento para la implicación y compromiso de estos profesionales con el sistema.

Para ello no sólo se potenciarán los medios y recursos propios destinados a tal fin, sino que también se potenciará la coordinación con otras Consejerías e instituciones tanto públicas como privadas.

10

El título X trata sobre los distintos niveles de intervención pública relacionados con la salud individual y colectiva tanto en el aspecto de la capacidad de actuación de la Consejería competente en materia de salud, como de evaluación, medidas preventivas e inspección.

11

El título XI de esta Ley regula el régimen sancionador, tipificando las infracciones sanitarias y estableciendo las sanciones, aplicando una graduación según el nivel de gravedad de infracción, las actuaciones administrativas a adoptar, el nivel y cuantía de la sanción según el órgano competente y las medidas cautelares que podrá tomar el mismo para asegurar el cumplimiento de la legalidad y salvaguardia de la salud pública.

En resumen, la Ley de Salud de La Rioja consolida y refuerza la existencia de un Sistema Sanitario Público universal, integral, solidario y equitativo, a la vez que sienta las bases reguladoras para una ordenación sanitaria eficaz, que tenga en cuenta todos los recursos y que sea socialmente eficiente, lo que refuerza la vocación pluralista de la Ley y su carácter de perdurabilidad, dejando claramente establecidos los principios básicos que caracterizan a un Sistema Sanitario Público sin fisuras y al servicio de las necesidades y deseos de todos los riojanos.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

La presente Ley tiene por objeto:

1. La regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo en la Comunidad Autónoma de La Rioja el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, previsto en artículo 43 de la Constitución Española.

2. La definición de los derechos y obligaciones de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en La Rioja.

3. La ordenación general de las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas en La Rioja que tienen por finalidad la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria y rehabilitadora.

Artículo 2. *Principios orientadores.*

Los principios orientadores en los que se fundamenta la presente Ley son:

1. Concepción integral de la salud.
2. Universalización de la atención sanitaria, garantizando la igualdad en el acceso a los servicios y a las actuaciones sanitarias, así como en la asignación de los recursos.
3. Respeto y reconocimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud.
4. El carácter público de la financiación y el aseguramiento del Sistema Público de Salud de La Rioja.
5. Participación de los ciudadanos y de los profesionales en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
6. Integración funcional de los recursos sanitarios públicos.
7. Coordinación de los recursos para garantizar la continuidad de la asistencia a las personas.
8. Acreditación de los recursos y evaluación continua de los resultados del Sistema Público de Salud de La Rioja.
9. Mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales.
10. Eficacia, efectividad, eficiencia y flexibilidad de la organización sanitaria.
11. Descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios.

Artículo 3. *Relaciones con otras Administraciones Públicas.*

La actuación en el ámbito de Salud de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de La Rioja se regirá, a efectos de esta Ley, por los principios de eficacia, participación, cooperación y colaboración con las demás Administraciones Públicas, sin perjuicio de las competencias atribuidas a cada una de ellas.

TÍTULO II

Derechos y deberes de los ciudadanos

CAPÍTULO I

Derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria

Artículo 4. *Titulares de los derechos de esta Ley.*

Son titulares de los derechos contemplados en la presente Ley aquellas personas que tengan vecindad administrativa en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Las personas que no residan en ella gozarán de los mencionados derechos en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y de la Unión Europea, así como en los Convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.

Todas las personas tendrán garantizada la atención sanitaria en situaciones de urgencia o emergencia.

Artículo 5. *Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación de las personas.*

1. Los ciudadanos, al amparo de esta Ley, son titulares de los siguientes derechos:

a) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por razón alguna.

b) A disfrutar de las prestaciones y de los servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

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.

Artículo 6. *Derechos relacionados con la autonomía de la voluntad.*

1. Consentimiento informado.

a) Los usuarios del Sistema Público de Salud de La Rioja mayores de dieciséis años tienen derecho a negar que se les practique cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. Así mismo, 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.

b) El consentimiento, cumplido el deber de información requerido en el apartado anterior, no estará sometido a forma. No obstante lo anterior, en los supuestos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos 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.

c) En cualquier momento el usuario podrá revocar el consentimiento prestado, que deberá presentarse por escrito en la forma que se determine.

2. Excepciones del consentimiento informado.

No será preciso el consentimiento del usuario en los siguientes supuestos:

a) Cuando el procedimiento diagnóstico o terapéutico sea imprescindible para garantizar la salud pública.

b) Cuando cualquier demora de una intervención médica inmediata pueda ocasionar daños irreversibles o la muerte del usuario.

3. Consentimiento en representación.

a) Cuando el médico o equipo 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 que conviene practicarle, lo expresará así en su informe y requerirá el consentimiento de sus representantes legales o de sus familiares.

b) Cuando el usuario haya sido declarado judicialmente incapaz, el consentimiento lo prestará el tutor o representante legal. Este consentimiento deberá expresarse por escrito en los supuestos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos o prácticas médicas que impliquen riesgos o inconvenientes notorios y previsibles para la salud del usuario; y deberá, además contar con autorización judicial cuando de tales procedimientos o prácticas se derive un gran peligro para su vida o integridad física o psíquica. Cuando razones de urgencia impidan obtener la autorización judicial, se deberá comunicar al juez lo actuado en el plazo de veinticuatro horas.

4. El derecho del usuario menor de 16 años.

El usuario menor de 16 años que sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención o tratamiento, deberá prestar por sí mismo el consentimiento informado. Si careciere de dicha capacidad, dicho consentimiento habrán de prestarlo, en los supuestos y formas establecidos en esta Ley, sus representantes legales, informándose en todo caso al menor de forma comprensible y adecuada a su edad y necesidades sobre las decisiones, procedimientos o prácticas que afecten a su salud.

5. Documento de instrucciones previas.

El usuario tiene derecho a manifestar por escrito su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, para que ésta se cumpla en el momento en que no sea capaz de expresarla personalmente. Igualmente, podrá manifestar por escrito su voluntad sobre el destino del propio cuerpo o de los órganos del mismo, una vez producido el fallecimiento.

Este derecho se ejercerá con los requisitos, límites y en la forma que se determine en su normativa específica.

6. Los derechos del enfermo o usuario en proceso terminal.

Los enfermos o usuarios del Sistema Público de Salud de La Rioja son titulares de todos los derechos recogidos en esta Ley también en sus procesos terminales y en el momento de su muerte. En este sentido tienen derecho:

a) 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) A recibir los tratamientos paliativos, en particular el del dolor, facilitándoselos en el entorno más adecuado.

c) A morir acompañado de las personas que designe, especialmente de sus familiares o allegados, los cuales recibirán la orientación profesional adecuada.

d) A recibir el duelo necesario tras su muerte en el centro sanitario.

7. En toda circunstancia el paciente tiene derecho a vivir 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.

Artículo 7. *Derechos relacionados con la intimidad y la confidencialidad.*

El ciudadano en su relación con el Sistema Público de Salud de La Rioja tiene derecho a:

1. Conocer la identidad y la misión de los profesionales que intervienen en la atención sanitaria y a que se le garantice la posibilidad de limitar la presencia de investigadores, estudiantes u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención. Sin perjuicio de que pueda solicitar la presencia de familiares o personas vinculadas al paciente cuando él lo desee siempre y cuando esta presencia no sea incompatible o desaconsejable con la prestación del tratamiento.

2. Ser atendido en un medio que garantice la intimidad, dignidad, autonomía y seguridad de la persona.

3. Que le sean respetados sus valores morales y culturales, así como sus convicciones religiosas y filosóficas. La práctica que se derive del ejercicio de este derecho ha de ser compatible con el correcto ejercicio de la práctica médica y respetuoso con las normas de convivencia del centro.

4. La confidencialidad de la información relativa a los actos sanitarios, manteniéndose dentro del secreto profesional estricto y del derecho a la intimidad del paciente.

5. Acceder a los datos personales obtenidos en la atención sanitaria y conocer la información existente en registros o ficheros.

6. Que se le pida su consentimiento antes de la realización y difusión de los registros iconográficos que permitan su identificación.

Artículo 8. *Derechos relacionados con la constitución genética de la persona.*

1. El paciente tiene el derecho a disfrutar de las ventajas de las nuevas tecnologías genéticas dentro del marco legal vigente.

2. El paciente tiene el derecho a la confidencialidad de la información de su genoma y que éste no pueda ser utilizado para ningún tipo de discriminación ni individual ni colectiva, por lo que los registros de datos genómicos se configurarán y dispondrán de mecanismos necesarios para garantizar la confidencialidad.

Artículo 9. *Derechos relacionados con la investigación y la experimentación científica.*

1. El paciente tiene el 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. 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.

Las personas 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.

2. El paciente tiene el 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.

a) 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 su uso.

b) 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 a la normativa vigente.

Artículo 10. *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, 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 el derecho a disfrutar de un medio ambiente saludable.

3. Los ciudadanos tienen el derecho a consumir alimentos seguros y a disponer de agua potable.

4. Los ciudadanos tienen el derecho a conocer los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud, así como a recibir información sobre el seguimiento de la ejecución y la evaluación de los mismos.

5. Los ciudadanos tienen el derecho a recibir prestaciones preventivas dentro del marco de la consulta habitual bajo la responsabilidad de los profesionales.

6. Los ciudadanos podrán rechazar aquellas acciones preventivas que se propongan, para situaciones que no comporten riesgos a terceros, sin perjuicio de lo que establece la normativa de salud pública.

Artículo 11. *Derechos relacionados con la información asistencial y el acceso a la documentación clínica.*

1. El paciente tiene el derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud y a disponer, en términos comprensibles para él, información veraz y adecuada referente a su salud y al proceso asistencial, incluyendo el diagnóstico, la relación riesgo/beneficio, las consecuencias del tratamiento y las del no tratamiento, las alternativas al tratamiento planteado y, siempre que sea posible, el pronóstico. También se ha de respetar la voluntad del paciente en el caso de que éste no quiera ser informado.

a) La información debe ser dada en un lenguaje comprensible (atendiendo a las características personales, culturales, lingüísticas, educacionales, etc.) de manera que pueda disponer de elementos de juicio suficientes para poder tomar decisiones en todo aquello que le afecte.

b) Los profesionales sanitarios han de pedir a los pacientes indicaciones acerca de las personas a quienes deseen que se les facilite información sobre su proceso clínico, debiendo informar a las personas próximas a él en la medida que el paciente lo desee.

c) En el caso de menores o pacientes no capacitados para entender la información, se les informará de acuerdo con su grado de comprensión, así como también a sus familiares, representantes o personas vinculadas a ellos.

2. El ciudadano tiene el derecho a que su historia clínica sea integrada, única y completa y que recoja toda la información veraz y actualizada sobre su estado de salud y aquellas actuaciones clínicas y sanitarias de los diferentes episodios asistenciales, así como los datos administrativos de identificación, clínico-asistenciales y sociales.

La historia clínica estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y tratamiento del enfermo, así como para efectos de inspección médica o fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien en virtud de su competencia tenga acceso a la historia clínica.

3. El ciudadano tiene el derecho de acceder a la documentación de su historia clínica y obtener una copia de los datos que figuran en la misma.

a) A los centros sanitarios les corresponde regular el procedimiento interno para garantizar el acceso por parte del ciudadano a su historia clínica.

b) El derecho del ciudadano a acceder a la documentación de su historia clínica nunca podrá suponer un perjuicio de los derechos de terceros respecto a la confidencialidad de sus datos, si figuran, ni del derecho de los profesionales que hayan intervenido en su elaboración. Este derecho se puede ejercer por representación, siempre que sea debidamente acreditada.

c) En el caso de fallecidos, el acceso a su historia clínica se facilitará a las personas que acrediten ser titulares de un interés legítimo.

d) Respecto al acceso a la historia clínica de otros familiares, éstos podrán acceder a datos asistenciales pertinentes en el caso de que exista riesgo grave para su salud o cuando lo establezca un requerimiento judicial.

4. El ciudadano tiene el 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.

Artículo 12. *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 el derecho a escoger profesional, servicio y centro sanitario en los términos y condiciones que se establezcan y en función de las disponibilidades del Sistema Público de Salud de La Rioja.

3. El profesional escogido será su interlocutor principal dentro del Sistema Público de Salud de La Rioja, así como el responsable del proceso, conjuntamente con el equipo asistencial y encargándose además de integrar toda la información.

4. El ciudadano tiene el derecho a obtener medicamentos y productos sanitarios para su salud en los términos que establece la legislación que resulte aplicable. Los profesionales sanitarios han de informar al paciente en un lenguaje comprensible para éste, sobre su correcta utilización, los efectos previsibles, los posibles efectos adversos, las posibles interacciones con otros medicamentos o alimentos y, si fuera necesario, de las alternativas existentes con el objetivo de una correcta utilización del medicamento.

5. El ciudadano tiene derecho a ser atendido, dentro de un tiempo adecuado en función de su condición patológica y conforme a criterios de equidad.

6. El ciudadano tiene 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 trascendencia importante, en los términos que se determine.

Artículo 13. *Derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios y la participación de los ciudadanos.*

El ciudadano tiene derecho a:

1. Conocer la carta de derechos y deberes de la cual todos los centros sanitarios habrán de disponer como marco de relación entre el centro y los usuarios.

2. Recibir información general sobre el funcionamiento del centro y sus normas, las prestaciones y los servicios sanitarios, la tecnología disponible, las listas de espera e información económica previsible del coste relativo a su atención sanitaria. Además debe ser informado de las vías para obtener información complementaria.

3. Conocer las prestaciones del sistema de aseguramiento, sea público o privado, las condiciones en que la atención es prestada, así como las cláusulas limitadoras y los mecanismos de reclamación.

4. Conocer e identificar de forma clara y visible a los profesionales que le prestan la atención sanitaria.

5. Conocer y utilizar los procedimientos para presentar sugerencias y reclamaciones. Éstas deberán ser contestadas por el centro, en un límite de tiempo de acuerdo con los términos que se establezcan reglamentariamente.

6. Participar en las actividades sanitarias mediante las instituciones y órganos de participación comunitaria y organizaciones sociales, en los términos establecidos por la presente Ley.

7. Utilizar las tecnologías de la información y de la comunicación de acuerdo con el nivel de implantación y desarrollo de éstas en el Sistema Público de Salud de La Rioja 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 14. *Derechos relacionados con la calidad asistencial.*

1. El ciudadano tiene el 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 el derecho a conocer los resultados de la evaluación de la calidad del servicio, que seguirán procesos avalados por organismos o instituciones de reconocido prestigio.

3. El ciudadano tiene el derecho a recibir una atención sanitaria continuada e integral, que comprenderá al menos:

a) La existencia de un médico de atención primaria, responsable de coordinar la atención sanitaria continuada e integral recibida. Durante la atención intrahospitalaria el ciudadano deberá conocer a su médico responsable de la atención, quien será su referente durante el proceso asistencial.

b) La incorporación de las medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y promoción de la salud.

c) La integración de los diferentes niveles, entidades, centros y profesionales implicados en su atención, con la finalidad de garantizar un servicio de calidad y una continuidad en el proceso asistencial.

CAPÍTULO II

Deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria

Artículo 15. *Deber de autocuidado.*

El ciudadano debe cuidar su salud y responsabilizarse en especial cuando el no cumplimiento de dicho deber pueda derivar en riesgos o perjuicios para la salud de otras personas.

Artículo 16. *Deber del buen uso de derechos, recursos y prestaciones.*

El ciudadano debe hacer buen uso de los recursos, prestaciones y derechos de acuerdo con sus necesidades de salud y en función de la disponibilidad del sistema sanitario, facilitando con ello el acceso de todos los ciudadanos a la atención sanitaria en condiciones de igualdad.

Artículo 17. *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 esta Ley.

Artículo 18. *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 19. *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 20. *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, a la dignidad personal y profesional de los trabajadores que prestan los servicios, así como a los otros enfermos o personas existentes en los centros sanitarios.

El ejercicio de los hábitos, costumbres y estilos de vida de las personas deberá respetar las normas de funcionamiento del centro.

Artículo 21. *Deber de identificación leal de la filiación y el estado.*

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 22. *Deber de firmar la negativa a las actuaciones sanitarias.*

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 a partir de su negativa y que rechaza los procedimientos sugeridos.

En el supuesto 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 23. *Deber de aceptar el alta.*

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.

En cualquier caso el alta se realizará garantizando al paciente la atención más adecuada a su situación, si ésta fuera precisa.

CAPÍTULO III

Garantías de los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria

Artículo 24. *Garantías.*

1. Los poderes públicos velarán para que se respeten y cumplan los derechos y deberes de esta Ley, y en particular en lo relativo a los derechos a la igualdad y a la no discriminación.

2. Se garantizará a la población información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a las prestaciones y servicios sanitarios disponibles en La Rioja, su organización, procedimiento de acceso, uso y disfrute.

3. Todo el personal sanitario y no sanitario de los centros y servicios sanitarios públicos y privados implicado en los procesos asistenciales a los pacientes, queda obligado a no

revelar los datos contenidos en dichos procesos, con excepción de la información necesaria en los casos y con los requisitos previstos expresamente en la legislación vigente.

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.

CAPÍTULO IV

El Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja

Artículo 25. *Del Defensor del Usuario.*

1. Se crea la figura del Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja como órgano unipersonal encargado de la defensa de los derechos de los usuarios, quien desempeñará sus funciones con plena autonomía e independencia.

2. El Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud estará adscrito a la Consejería competente en materia de salud.

3. El Defensor del Usuario dará cuenta de sus actividades anualmente a la Consejería competente en materia de salud, que hará públicas las mismas, y al Consejo Riojano de Salud.

Artículo 26. *De la designación del Defensor del Usuario.*

El Defensor del Usuario, previa consulta al Consejo Riojano de Salud, será designado por el Gobierno de la Comunidad Autónoma de La Rioja a propuesta del titular de la Consejería competente en materia de salud.

Artículo 27. *Incompatibilidades.*

1. El ejercicio del cargo de Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja es incompatible con:

a) Todo mandato representativo, cargo político o administrativo del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Entidades Locales o de sus organismos autónomos o empresas públicas, cualquiera que sea su forma jurídica.

b) El ejercicio de funciones directivas o ejecutivas en partidos políticos, centrales sindicales, organizaciones empresariales y colegios profesionales.

c) El ejercicio de otro puesto de trabajo o cualquier otra actividad remunerada.

2. El desempeño de las funciones de Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja se desarrollará en régimen de dedicación exclusiva y a su titular le será aplicable la legislación sobre incompatibilidades de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 28. *Actuaciones.*

1. El Defensor del Usuario tiene como principal objeto el intermediar en los conflictos que planteen los ciudadanos como usuarios del Sistema Público de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja, recabar información sobre aspectos relativos al funcionamiento de los servicios del sistema, así como recibir cuantas quejas, reclamaciones, sugerencias u observaciones deseen realizar los ciudadanos en su relación con la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

2. El Defensor del Usuario, sin perjuicio de su naturaleza consultiva, se concibe como un órgano independiente en el seno de la Consejería competente en materia de salud al que se deberá dotar de los medios profesionales y operativos necesarios para asegurar la eficacia de su actuación.

3. El Defensor del Usuario gozará de la autoridad suficiente para que sus informes y recomendaciones sean observadas por quien deba solucionar el conflicto y deberán tenerse en cuenta para corregir aquellos defectos o implantar posibles mejoras que se pongan de manifiesto.

4. El desempeño de las funciones del Defensor del Usuario se desarrollará en régimen de dedicación exclusiva y a su titular le será aplicable la legislación sobre incompatibilidades de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 29. *Ámbito de actuación.*

1. El Defensor del Usuario tendrá competencia en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de La Rioja, así como en las contingencias de los desplazados.

2. Tendrá acceso directo a cualquier dependencia de la Consejería competente en materia de salud u organismos dependientes de ella.

Igualmente podrá acceder a todo tipo de dependencias destinadas a la atención sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 30. *Funciones.*

1. El Defensor del Usuario será el encargado de canalizar todas aquellas quejas, reclamaciones o propuestas de los ciudadanos no resueltas en los distintos niveles del Sistema Público de Salud de La Rioja.

2. El Defensor del Usuario emitirá una memoria anual de su actividad, que reflejará mediante un análisis, el tipo de reclamaciones, quejas o sugerencias presentadas por los usuarios y podrá hacer propuestas concretas en relación con las mismas.

3. El Defensor del Usuario actuará con independencia y pondrá en conocimiento del titular de la Consejería competente en materia de salud de La Rioja las incidencias que comporten resistencia, negativa u obstrucción al normal ejercicio de sus funciones, con el objeto de remover obstáculos en el adecuado ejercicio de las mismas.

Artículo 31. *Obligación de colaboración.*

1. El Defensor del Usuario podrá, de oficio o a instancia de parte, supervisar las actividades sanitarias de los poderes públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja y solicitar de las Administraciones competentes todos los documentos que considere necesarios.

2. Todos los poderes públicos relacionados con los derechos reconocidos en esta Ley tendrán la obligación de colaborar con el Defensor del Usuario en sus investigaciones e inspecciones.

3. La negativa o negligencia de las personas con responsabilidad sanitaria en el envío de los informes que el Defensor del Usuario solicite, o en facilitar el acceso a expedientes o documentación administrativa necesaria para la investigación, dará lugar a responsabilidades administrativas.

4. Cualquier entidad del Sistema Público de Salud de La Rioja tendrá la obligación de atender, en un plazo no superior a quince días hábiles, a la información requerida por el Defensor del Usuario en la forma solicitada.

TÍTULO III

Del Sistema Público de Salud de La Rioja

CAPÍTULO I

Concepto y características-recursos y clasificación

Artículo 32. *Concepto-finalidad.*

1. El Sistema Público de Salud de La Rioja es el conjunto de medios organizativos, recursos y acciones orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud de las

personas. Se integran en el Sistema Público de Salud de La Rioja todas las funciones y prestaciones sanitarias que se desarrollan en centros, servicios y establecimientos sanitarios dependientes de los poderes públicos de La Rioja o vinculados a ellos.

2. El Sistema Público de Salud de La Rioja orientará sus actividades de acuerdo a los siguientes fines:

a) Mejorar el estado de salud de la población.
b) Promocionar la salud de las personas y comunidades.
c) Promover la adecuación para la salud de la población.
d) Prevenir los riesgos, enfermedades y accidentes.
e) Proveer la asistencia sanitaria individual y personalizada.
f) Cumplimentar la información sanitaria, vigilancia e intervención epidemiológica.
g) Asegurar la efectividad, la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

Artículo 33. *Características.*

El Sistema Público de Salud de la Rioja, en el marco de las actuaciones del Sistema Nacional de Salud, tendrá como características fundamentales:

1. La extensión de sus servicios a toda la población en los términos previstos en la presente Ley.
2. La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
3. La coordinación y la integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
4. La prestación de una atención integral de salud procurando unos altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
5. El uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.
6. El establecimiento de programas de mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.
7. Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos. En consecuencia, los usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios sanitarios riojanos podrán acceder a éstos, de acuerdo con los siguientes criterios:

a) Atención primaria: se les aplicará las mismas normas sobre asignación de equipos y libre elección de médico que al resto de los usuarios.
b) Atención especializada: se efectuará a través de la unidad de admisión de los distintos centros de provisión pública por medio de una lista de espera única, no existiendo diferenciación según la condición del paciente.
c) La facturación por la atención de estos pacientes se efectuará por las respectivas administraciones de los centros.

Artículo 34. *Recursos.*

Son recursos del Sistema Público de Salud de La Rioja:

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma, los transferidos del Instituto Nacional de la Salud y los de las Corporaciones Locales.
2. Asimismo, se considerarán parte integrante del Sistema Público de Salud de La Rioja:

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) La red de oficinas de farmacia, como establecimientos sanitarios privados de interés público en los que se realiza dispensación de medicamentos y productos sanitarios a los ciudadanos y se les presta el servicio de atención farmacéutica, mediante los conciertos que periódicamente se establezcan.
c) En general, todos aquellos centros, servicios o establecimientos sanitarios que se adscriban al mismo en virtud de un concierto o Convenio de vinculación.

Artículo 34 bis. *Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos públicos del sistema público de salud de La Rioja.*

1. La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos públicos del sistema público de salud de La Rioja se llevará a cabo de manera directa:

a) Por la Administración pública competente.
b) A través de entidades de entre las que conformen el sector público institucional.
c) Mediante la creación de consorcios creados por varias administraciones públicas o entidades integrantes del sector público institucional.

2. De forma excepcional, justificada y motivada objetivamente, y solo cuando no sea posible la prestación directa de los servicios públicos que integran el Sistema Riojano de Salud, las administraciones públicas competentes para la prestación de servicios sanitarios podrán establecer conciertos o recurrir a los contratos procedentes, de los regulados en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, así como a las fórmulas de colaboración previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, incluidos los consorcios sanitarios, así como lo que resulte de aplicación en virtud de la correspondiente normativa autonómica.

En los términos y a los efectos previstos en este mismo apartado 2, en los procedimientos que se sigan para la adjudicación de la gestión de los servicios sanitarios indicados, los centros, servicios y establecimientos sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo tendrán prioridad, cuando existan condiciones análogas de eficacia, calidad y costes, todo ello en los términos que permita la normativa de aplicación.

A tales efectos, y de acuerdo con lo que se pudiera establecer en la normativa autonómica de desarrollo de la presente ley, la Administración pública riojana deberá motivar el cumplimiento de los siguientes criterios técnicos:

a) La utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.
b) La insuficiencia de medios propios para dar respuesta a los servicios y prestaciones.
c) La necesidad de recurrir a fórmulas diferentes a las establecidas en el apartado 1.

Artículo 35. *Recursos humanos del Sistema Público de Salud de La Rioja.*

El personal al servicio del Sistema Público de Salud de La Rioja estará formado por:

a) El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja que presta sus servicios en el Sistema Público de Salud de La Rioja.
b) El personal de otras Administraciones Públicas que se adscriba o transfiera para prestar servicios en el Sistema Público de Salud de La Rioja.
c) El personal que se incorpore al mismo de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 36. *Clasificación o régimen jurídico del personal del Sistema.*

La clasificación o régimen jurídico del personal del Sistema Público de Salud de La Rioja, y de los organismos o entidades adscritas o que lo conformen, se regirán por las disposiciones que respectivamente le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.

Artículo 37. *Prestaciones.*

1. Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Público de Salud de La Rioja serán, al menos, las establecidas en cada momento en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

2. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Público de Salud de La Rioja, además de las establecidas en el apartado anterior, requerirá la aprobación del Gobierno, previo informe de la Consejería competente en materia de salud, donde se presente la evaluación de la seguridad, eficacia y eficiencia de dichas prestaciones, así como la previsión de la financiación adicional precisa.

CAPÍTULO II

Plan de Salud de La Rioja

Artículo 38. *Naturaleza y características.*

1. El Plan de Salud de La Rioja establece las líneas directrices de la política sanitaria y es el instrumento estratégico que posibilita la articulación funcional de la planificación y coordinación de las actividades de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, atención sanitaria y sociosanitaria y rehabilitación de todos los sujetos integrados en el Sistema Público de Salud de La Rioja.

2. El Plan de Salud de La Rioja es el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en materia de salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja, que garantiza que las funciones del Sistema Público de Salud de La Rioja se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz y que puedan ser evaluados sus resultados.

3. Serán características del Plan de Salud: la coherencia con el contexto, consistencia en la información, análisis y metodología utilizada en su elaboración, pertinencia de sus actividades, factibilidad en sus medios donde se especificarán los recursos económicos necesarios para hacerlo efectivo, racionalidad de sus objetivos y participación en su diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación.

Artículo 39. *Procedimiento.*

1. La Consejería competente en materia de salud será quien formulará los criterios generales de la planificación sanitaria y fijará los objetivos, índices y niveles básicos a alcanzar.

2. Se integrarán en el Plan de Salud de La Rioja los Planes de Servicio de cada centro o servicio sanitario y los Planes de Salud de cada Área de Salud, si los hubiera.

3. Reglamentariamente se establecerá el contenido, procedimiento de elaboración, los efectos de su aprobación y la evaluación y vigencia del mismo.

CAPÍTULO III

Ordenación territorial del Sistema Público de Salud de La Rioja

Artículo 40. *Área de Salud.*

El Sistema Público de Salud de La Rioja se organiza en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud como estructuras fundamentales responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Público de Salud de La Rioja en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, ambientales y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área.

Artículo 41. *Zona Básica de Salud.*

1. Para conseguir la máxima eficacia en la organización y funcionamiento del Sistema Público de Salud de La Rioja, las Áreas de Salud, sin perjuicio de la posible existencia de otras demarcaciones territoriales, se dividirán 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, de acceso directo de la población, que debe contar con la capacidad de proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible.

3. Las Zonas Básicas de Salud serán delimitadas por la Consejería competente en materia de salud atendiendo a las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido con medios ordinarios, el grado de concentración o dispersión de la población y las características epidemiológicas de la zona y las instalaciones y recursos sanitarios dispuestos en la misma.

CAPÍTULO IV

Ordenación funcional del Sistema Público de Salud de La Rioja

Artículo 42. *Funciones generales.*

Para alcanzar los objetivos que tiene señalados el Sistema Público de Salud de La Rioja debe desarrollar las funciones siguientes:

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 asistencia especializada.
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 garantía de cobertura universal y el acceso a las prestaciones de atención a la salud en condiciones de igualdad efectiva.
4. La planificación, organización y dirección de los servicios para alcanzar los objetivos del Sistema Público de Salud de La Rioja recogido periódicamente en el Plan de Salud.
5. La evaluación y garantía de calidad de la actividad y de los servicios sanitarios.
6. La coordinación y adecuada distribución territorial y sectorial de los recursos sanitarios.
7. La garantía conforme a los criterios de equidad, accesibilidad y calidad, de la atención farmacéutica a la población, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente en esta materia.
8. La ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social de las personas enfermas, facilitando la coordinación del sistema sanitario y social.
9. La mejora y adecuación de las necesidades de formación de personal al servicio del sistema sanitario, así como la participación en las actividades de formación de pregrado y postgrado.
10. El fomento y participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud.

Artículo 43. *Ámbitos de actuación.*

1. Los servicios sanitarios garantizarán necesariamente una prestación integral y coordinada, y se ordenarán según su contenido funcional en los siguientes ámbitos:

a) Salud Pública.
b) Salud Laboral.
c) Asistencia Sanitaria que integrará la atención primaria y la atención especializada.

2. Los servicios sanitarios en La Rioja se prestarán en el conjunto de centros, servicios y establecimientos que constituyen el Sistema Público de Salud de La Rioja, sin perjuicio de los Convenios o conciertos que se puedan establecer.

Artículo 44. *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 sobre los factores que pueden producir enfermedad, además de colaborar en la conservación de un entorno saludable.
2. En el desarrollo de sus funciones, y sin perjuicio de las competencias de otras Administraciones y organismos del Gobierno de La Rioja, el Sistema Público de Salud de La Rioja llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la salud pública:

a) Atención al medio en cuanto a su repercusión sobre la salud humana individual y colectiva, incluyendo medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades que puedan afectar a la salud.
b) El control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos en la cadena alimentaria hasta su destino final para el consumo.

c) El control sanitario y la prevención de las antropozoonosis.

d) Vigilancia en salud pública e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como la recopilación, elaboración, análisis y difusión de la información epidemiológica y de estadísticas vitales y registros de morbimortalidad que se establezcan.

e) El desarrollo de sistemas de información en salud pública.

f) Colaboración con la Administración del Estado en el control sanitario de productos de utilización diagnóstica, terapéutica o auxiliar que puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.

g) Promoción de los hábitos de vida saludables en la población, así como promoción de la salud y prevención de las enfermedades con especial atención a los grupos de mayor riesgo.

h) Educación para la salud de la población, como elemento primordial para contribuir a la mejora de la salud individual y colectiva y para la protección frente a la utilización de sustancias susceptibles de generar dependencia.

i) Las actuaciones en materia de sanidad mortuoria.

j) Control de la publicidad sanitaria.

k) Detección, registro, evaluación y notificación al Sistema Español de Farmacovigilancia, a través del Centro de Farmacovigilancia de La Rioja, de los efectos adversos causados por el uso de los fármacos y productos sanitarios en la Comunidad Autónoma y de su información sanitaria.

Las actuaciones de salud pública que de acuerdo con el Plan de Salud deban desarrollarse en la Comunidad Autónoma de La Rioja las realizarán los servicios sanitarios de las distintas instituciones y de forma coordinada.

3. La Consejería competente en materia de salud, al objeto de prestar una atención diferencial y eficaz a los problemas relacionados con la seguridad alimentaria y la sanidad medioambiental, estudiará la creación de un organismo que desarrolle las medidas de salud pública con el fin de integrar las actuaciones de la Consejería competente en materia de salud junto con las intervenciones relacionadas con la salud pública que correspondan a otras Consejerías del Gobierno de La Rioja, a fin de unificar sus criterios y actuaciones en beneficio del objetivo de facilitar un entorno seguro y saludable a los ciudadanos de La Rioja.

Artículo 45. *De la salud laboral.*

1. La Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja, en el ejercicio de las competencias legales atribuidas en materia de salud laboral, promoverá actuaciones en el marco de lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, y en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, llevando a cabo las siguientes actuaciones:

a) Establecimiento de los criterios y requisitos que deben cumplir los servicios de prevención, tanto propios como ajenos, en los aspectos sanitarios, así como el control de su cumplimiento y de las actividades sanitarias de los mismos.

b) Establecimiento, en colaboración con la Administración del Estado y las sociedades científicas, de los protocolos de vigilancia sanitaria específica según los riesgos, a que deben ajustarse las unidades sanitarias de los servicios de prevención actuantes, de cara a la detección precoz de los problemas de salud, relacionados con dichos riesgos, que puedan afectar a los trabajadores.

c) Especial supervisión de la vigilancia de las condiciones de trabajo de las mujeres en períodos de embarazo y lactancia y de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos.

d) Estudio, en colaboración con la Administración laboral y demás Administraciones competentes, de la distribución y magnitud de los riesgos derivados del trabajo existentes en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

e) Diseño e implantación de sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica en salud laboral que aporten elementos objetivos para el conocimiento de los riesgos y daños derivados del trabajo, posibilitando el desarrollo y la evaluación de programas y la adopción de medidas de prevención y control ante problemas concretos detectados.

f) Supervisión y apoyo a la formación que deba recibir, en materia de prevención de riesgos laborales y promoción de la salud, el personal sanitario de los Servicios de Prevención, así como los profesionales de atención primaria del Sistema Público de Salud de La Rioja.

g) Elaboración y divulgación de estudios epidemiológicos y estadísticas relacionadas con la salud de los trabajadores.

h) Coordinación entre los servicios de prevención propios y ajenos y los servicios de atención primaria en relación a los riesgos laborales a los que están sometidos los trabajadores y los Planes de Prevención y Evaluación de Riesgos; así como a posibles patologías comunes que puedan tener relación con problemas derivados del trabajo.

2. La base de todas las actuaciones será la información, la formación y la participación de empresarios y trabajadores a través de los cauces establecidos al efecto.

3. Las actuaciones se llevarán a cabo coordinadamente y en colaboración con el resto de Administraciones Públicas implicadas en la prevención de riesgos laborales, órganos de participación institucional, y entidades representativas de trabajadores y empresarios.

4. Los profesionales del Sistema Público de Salud de La Rioja colaborarán con la Administración Sanitaria en materia de salud laboral y especialmente en los sistemas de información que sobre esta materia se diseñen.

Artículo 46. *Asistencia sanitaria.*

El Sistema Público de Salud de La Rioja, mediante los recursos y medios de que dispone, 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 asistencia especializada.

2. El desarrollo de programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y de los programas específicos de protección ante factores de riesgo.

3. La promoción y protección de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos, e incorporando progresivamente otras prestaciones asistenciales.

4. 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.

5. La mejora continua de la calidad en todo el proceso asistencial.

6. La coordinación con los Servicios Sociales a fin de promover la continuidad asistencial a las personas.

7. Cualquier otra actividad relacionada con la promoción, prevención, mantenimiento y mejora de la salud.

Artículo 47. *Sistemas de información de salud.*

1. La Consejería competente en materia de salud establecerá en colaboración con el órgano correspondiente del Gobierno de La Rioja 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 a cada momento sean requeridos por la Administración sanitaria de La Rioja 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.

CAPÍTULO V

Niveles de atención sanitaria

Artículo 48. *Niveles asistenciales.*

1. Los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja se ordenarán en los siguientes niveles, que actuarán bajo los criterios de coordinación y cooperación:

a) Atención primaria.
b) Atención especializada.

2. Participando de ambos niveles de atención, se prestará la atención a las urgencias y emergencias sanitarias, y a la salud mental y drogodependencias.
3. Los cuidados sanitarios y la asistencia social se integrarán de forma coordinada y continuada en la atención a ciertos problemas de las personas y a tal efecto el Sistema Público de Salud de La Rioja dispondrá de los recursos necesarios para realizar esta atención con calidad.

Artículo 49. *De la atención primaria.*

1. La atención primaria constituye la base del sistema sanitario y es el acceso ordinario de la población al proceso asistencial 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. Dicha atención se prestará a la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, bien sea a demanda, de forma programada o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario.
3. Los Centros de Salud y los Consultorios Locales y Auxiliares de Salud constituyen las estructuras físicas de las Zonas Básicas de Salud, donde presta servicio el conjunto de profesionales que integran los Equipos de Atención Primaria.
4. 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.

Artículo 50. *De la 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, 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 otros niveles y recursos sanitarios y sociales de acuerdo con las directrices establecidas en el Plan de Salud.
3. A cada Área de Salud se le asignará un centro hospitalario de referencia, que ofertará los servicios adecuados a las necesidades de la población.
4. Se garantizará la coordinación y la continuidad durante todo el proceso asistencial entre los diferentes niveles de atención, así como en un mismo nivel, en el ámbito sanitario.

Artículo 51. *Salud mental y drogodependencias.*

1. Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el Sistema Público de Salud de La Rioja y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios, la Consejería competente en materia de salud adecuará su actuación a los siguientes principios:

a) La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de

hospitalización parcial y atención a domicilio. Se tendrá especial consideración con aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría.

b) La hospitalización de pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en unidades psiquiátricas en el ámbito de los hospitales generales.

c) Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, promoviendo la necesaria coordinación con los servicios sociales.

d) Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud mental en general.

2. La asistencia sanitaria a las drogodependencias se atendrá a lo dispuesto en esta Ley y en la Ley 5/2001, de 17 de octubre, de Drogodependencias y otras Adicciones.

Artículo 52. *Atención a las urgencias y emergencias.*

1. La atención a las urgencias sanitarias, como una actividad más del Sistema Público de Salud de La Rioja, recaerá sobre los centros, servicios y establecimientos sanitarios del mismo.

2. Los puntos de referencia básicos en los que se desarrollará esta actividad serán los Puntos de Atención Continuada en coordinación con los Centros Hospitalarios y los Servicios de Urgencias y Emergencias, en su caso.

3. El Sistema Público de Salud de La Rioja garantizará los servicios asistenciales de urgencias y emergencias de forma continuada y en su actuación no se restringirá a la demarcación geográfica de la ordenación territorial sanitaria dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja priorizando en su actividad la atención rápida y eficaz.

Artículo 53. *Atención sociosanitaria.*

La Consejería competente en materia de salud y en materia de servicios sociales elaborará un Plan de Atención Sociosanitaria de La Rioja en el que se identificarán las necesidades de atención de las personas, se definirán los recursos necesarios para su correcta atención así como los criterios de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales al objeto de alcanzar la homogeneidad de objetivos y el máximo aprovechamiento de los recursos en la atención a las personas.

Artículo 54. *Desplazamientos.*

El Sistema Público de Salud de La Rioja, de forma progresiva y racional, completará la cartera de servicios de sus centros y servicios sanitarios; no obstante, superadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas ofertadas por el Sistema Público de Salud de La Rioja, la Consejería competente en materia de salud promoverá el establecimiento de mecanismos ágiles que permitan acceder a las personas a recursos asistenciales ubicados en otras Comunidades Autónomas.

El Gobierno de La Rioja desarrollará una norma que regule las ayudas para desplazamientos que posibilite el ejercicio de este derecho en la forma y en los casos que se establezcan.

TÍTULO IV

De los órganos de participación comunitaria

CAPÍTULO I

De la participación en general

Artículo 55. *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 Autónoma de La Rioja 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 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 Público de Salud de La Rioja.

3. El derecho de 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.

CAPÍTULO II

De la participación ciudadana

Artículo 56. *Participación ciudadana.*

1. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja y al objeto de posibilitar la participación ciudadana dentro del Sistema Público de Salud de La Rioja, se crea el Consejo Riojano de Salud y, en sus respectivos ámbitos de actuación, los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona.

2. Dichos órganos de participación ciudadana en sus respectivos ámbitos territoriales tendrán facultades consultivas y de asesoramiento en la formulación de planes y objetivos generales del sistema, así como el seguimiento y evaluación final de los resultados de ejecución.

3. La composición de los mismos deberá observar criterios de representatividad territorial, social y sanitaria.

CAPÍTULO III

El Consejo Riojano de Salud

Artículo 57. *Definición y constitución.*

Al objeto de promover la participación de la sociedad en el Sistema Público de Salud de La Rioja, el Consejo Riojano de Salud se define como el órgano colegiado superior de carácter consultivo, de participación ciudadana, de asesoramiento, formulación y control de la política sanitaria, así como de seguimiento de la ejecución de las directrices de la misma en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 58. *Adscripción.*

El Consejo Riojano de Salud estará adscrito a la Consejería competente en materia de salud la cual facilitará al mismo la documentación y medios precisos para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 59. *Composición, funcionamiento y atribuciones.*

Reglamentariamente se establecerá la composición, organización, atribuciones y funcionamiento del Consejo Riojano de Salud que se atendrá a criterios de participación

democrática de todos los interesados, garantizando en todo caso la participación de las Administraciones Locales, de los sindicatos y las organizaciones empresariales más representativas en La Rioja, así como de los colegios profesionales y de las organizaciones de consumidores y usuarios.

CAPÍTULO IV

El Consejo de Salud de Área

Artículo 60. *Definición y constitución.*

En cada Área de Salud se establecerá un Consejo de Salud de Área, como órgano colegiado de participación ciudadana consultivo y de asesoramiento, con la finalidad de realizar el seguimiento, en su ámbito, de la ejecución de la política sanitaria, la evaluación de la misma y el asesoramiento a los órganos de dirección y gestión de cada Área.

Artículo 61. *Adscripción.*

Los Consejos de Salud de Área estarán adscritos al Consejo Riojano de Salud. La Consejería competente en materia de salud, facilitará la documentación y medios precisos para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 62. *Composición, funcionamiento y atribuciones.*

Reglamentariamente se establecerá la composición, organización, atribuciones y funcionamiento del Consejo de Salud de Área que se atendrá a criterios de participación democrática de todos los interesados, garantizando en todo caso la participación de las Administraciones Locales, las organizaciones sindicales más representativas a través de los profesionales sanitarios titulados, las organizaciones empresariales más representativas y las organizaciones sociales del Área.

CAPÍTULO V

El Consejo de Salud de Zona

Artículo 63. *Definición y constitución.*

Los Consejos de Salud de Zona se constituyen como órganos colegiados de participación ciudadana consultivos y de asesoramiento en el ámbito de las Zonas Básicas de Salud.

Artículo 64. *Adscripción.*

Los Consejos de Salud de Zona estarán adscritos al Consejo de Salud de Área que le corresponda. La Consejería competente en materia de salud, facilitará la documentación y medios precisos para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 65. *Composición, funcionamiento y atribuciones.*

Reglamentariamente se establecerá la composición, organización, atribuciones y funcionamiento del Consejo de Salud de Zona, que se atendrá a criterios de participación democrática de todos los interesados, garantizando en todo caso la participación de las Corporaciones Locales, de los profesionales de salud de la Zona, de las organizaciones sindicales y empresariales; y de las organizaciones sociales que estén operativas en la Zona Básica de Salud correspondiente.

CAPÍTULO VI

Órganos de participación en centros asistenciales

Artículo 66. *Creación de otros órganos de representación ciudadana.*

1. Se podrán establecer órganos de participación ciudadana a otros niveles de la organización territorial y funcional del sistema público de salud de La Rioja como en el caso de centros asistenciales, con la finalidad de hacer el seguimiento de la ejecución de las directrices de la política sanitaria, asesorar a los correspondientes órganos directivos e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud y en la toma de decisiones de aspectos que afectan a su relación con los servicios públicos de salud.

2. Reglamentariamente se establecerá la composición, organización, atribuciones y funcionamiento de los órganos de participación de los centros asistenciales, que se atendrá a criterios de participación democrática de todos los interesados

TÍTULO V

De la financiación del Sistema Público de Salud de La Rioja

Artículo 67. *Financiación.*

1. El Sistema Público de Salud de La Rioja se financiará fundamentalmente con cargo a:

a) Los rendimientos obtenidos de los tributos cedidos total o parcialmente por el Estado a la Comunidad Autónoma de La Rioja afectados a Sanidad.

b) El Fondo de Suficiencia adscrito a la financiación de la Sanidad.

c) Los créditos recogidos en los presupuestos de la Comunidad Autónoma de La Rioja y aquellos no contemplados en el apartado 2 de este artículo, que le puedan ser asignados con cargo a los mismos.

2. Asimismo constituyen fuentes de financiación del Sistema Público de Salud:

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) Las tasas que correspondan en aplicación de la legislación vigente.

e) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir, a tenor de las disposiciones vigentes, y especialmente de los convenios interadministrativos que pudieran suscribirse para la atención sanitaria.

f) Cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado.

3. Para los supuestos en que los órganos de la Administración Pública o sus organismos autónomos integrados en el Sistema Público de Salud de La Rioja tengan derecho al reembolso de los gastos efectuados, se determinarán unos precios públicos con arreglo al régimen jurídico propio de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

En todo caso, para la determinación de los precios del Sistema Público de Salud de La Rioja se tendrán en cuenta los costes efectivos de los servicios prestados.

TÍTULO VI

De las competencias de las Administraciones Públicas

CAPÍTULO I

Autoridad sanitaria

Artículo 68. *De la autoridad sanitaria.*

En el ámbito de sus respectivas competencias, tienen el carácter de autoridad sanitaria el Gobierno de La Rioja, el titular de la Consejería competente en materia de salud, así como los órganos de la misma que se determinen; y los Alcaldes, de acuerdo con lo previsto en esta Ley y en la legislación de régimen local.

CAPÍTULO II

Competencias del Gobierno de La Rioja

Artículo 69. *Del Gobierno de La Rioja.*

1. El Gobierno de La Rioja ejercerá, de acuerdo con lo previsto en esta Ley, las competencias en materia de sanidad interior, higiene y salud pública, asistencia y prestaciones sanitarias, productos farmacéuticos y coordinación hospitalaria de acuerdo con lo previsto en el Estatuto de Autonomía de La Rioja.

2. Corresponden al Gobierno de La Rioja, en el ejercicio de sus funciones ejecutivas, las siguientes competencias:

a) Establecer las directrices de la acción de gobierno en la política de promoción y protección de la salud y de asistencia sanitaria.

b) Aprobar el Plan de Salud de La Rioja.

c) La determinación y regulación de los órganos de participación ciudadana, en los términos establecidos en la presente Ley.

d) Aprobar el Mapa Sanitario de La Rioja, así como la creación de sus Áreas de Salud y sus límites territoriales.

e) Aprobar el proyecto del presupuesto del Servicio Riojano de Salud, que se integrará en el proyecto de presupuesto de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

f) Nombrar y cesar al Defensor del Usuario a propuesta del titular de la Consejería que ostente competencias en materia de salud.

g) Aprobar el reglamento de estructura, relación de puestos de trabajo y Reglamento de funcionamiento del Servicio Riojano de Salud en los términos establecidos en la presente Ley.

h) Aprobar o proponer en su caso, según proceda, la constitución de organismos, consorcios o cualesquiera 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 propios del Sistema Público de Salud de La Rioja o del Servicio Riojano de Salud.

i) Ejercer la potestad sancionadora, en los términos establecidos en la presente Ley.

j) Ejercer, en relación con el personal estatutario, las mismas competencias que tiene atribuidas respecto del personal funcionario.

k) Impulsar la innovación tecnológica para la aplicación de nuevos procedimientos de gestión y asistencia sanitaria, mediante la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, con la finalidad de acercar la asistencia sanitaria al usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja.

l) Acordar que la función interventora de los centros y gastos del Servicio Riojano de Salud sea sustituida por el control financiero permanente.

m) El nombramiento y cese del Gerente del Servicio Riojano de Salud.

n) Todas las demás competencias que le atribuya la normativa vigente.

CAPÍTULO III

Competencias de la Consejería competente en materia de salud

Artículo 70. *Competencias.*

1. La Consejería competente en materia de salud ejercerá las funciones de tutela, financiación, planificación, aseguramiento, ordenación, programación, dirección, evaluación, inspección y control de las actividades, centros y servicios en las áreas de salud pública, salud laboral y asistencia sanitaria, incluido el Servicio Riojano de Salud.

2. Corresponden a dicha Consejería las siguientes competencias:

a) La propuesta al Gobierno, de las líneas generales de la política sanitaria de La Rioja.

b) Establecer, actualizar y rescindir los conciertos sanitarios con un valor estimado superior a 6 millones de euros, así como los convenios singulares de vinculación.

c) La elaboración y propuesta al Gobierno de La Rioja, del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

d) La aprobación de la estructura básica del sistema de información sanitaria de La Rioja.

e) El ejercicio de la potestad sancionadora y de intervención pública para la protección de la salud, con los límites que se establecen en la presente Ley.

f) Elaboración del anteproyecto de presupuesto de la Consejería para, junto al recibido del Servicio Riojano de Salud, su presentación a la Consejería competente en materia de presupuestos.

g) La determinación de los criterios de la planificación sanitaria y ordenación territorial.

h) Autorización de la creación, modificación o supresión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos o privados; así como su registro, acreditación y homologación.

i) La elaboración del catálogo y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

j) La acreditación, autorización, coordinación, inspección y evaluación, de centros y servicios de extracción y transplante de órganos y tejidos, así como la coordinación autonómica.

k) La realización de 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 superior a 6 millones de euros.

l) El registro y autorización sanitaria obligatoria de cualquier tipo de instalación, establecimiento, actividad, servicio o producto, directa o indirectamente relacionado con el uso o consumo humano.

m) La creación del registro de asociaciones científicas de carácter sanitario de La Rioja, así como de las asociaciones de ayuda mutua y autocuidados cuyos objetivos se relacionen con la salud, sin perjuicio de las competencias de otros órganos en materia de asociaciones.

n) El establecimiento de los criterios generales de la ordenación sanitaria, incluida la farmacéutica, de la ordenación de la cobertura de las prestaciones sanitarias y de la política de calidad de las mismas, en coordinación con los órganos competentes del Servicio Riojano de Salud.

o) La gestión del aseguramiento sanitario, incluida la definición de los contratos programa con las entidades, instituciones, centros, servicios y establecimientos sanitarios responsables de la provisión de asistencia sanitaria del Sistema Público de Salud de La Rioja.

p) La aprobación de la cartera de servicios de los centros sanitarios del Servicio Riojano de Salud.

q) La definición de la política general de relaciones del Servicio Riojano de Salud con otras Administraciones Públicas y con entidades públicas y privadas.

r) Elevar al Gobierno, para su aprobación, la estructura, relación de puestos de trabajo, Reglamento de funcionamiento del Servicio Riojano de Salud así como la oferta pública de empleo público correspondiente al mismo.

s) Elevar al Gobierno la propuesta del nombramiento y del cese del Defensor del Usuario, para su aprobación.

t) El fomento de la participación comunitaria y la protección de los usuarios de los servicios del Sistema Público de Salud de La Rioja.

u) El establecimiento de dispositivos sanitarios de intervención inmediata en situaciones de catástrofe, en coordinación con los servicios de protección civil y otras Administraciones.

v) Las competencias en salud pública, salud laboral y drogodependencias relacionadas en la presente Ley y en las que les son de aplicación.

w) La prestación de apoyo técnico a otras Administraciones para el ejercicio de las competencias en materia de salud pública que esta Ley les atribuye.

x) La promoción de la investigación, la formación y los estudios en ciencias de la salud.

y) La concesión de subvenciones a entidades públicas y privadas para la realización de actividades sanitarias, e inversiones necesarias para el desarrollo de las mismas.

z) La propuesta de constitución de organismos públicos dependientes de esta Consejería.

a') Proponer al Gobierno el nombramiento y cese del Gerente del Servicio Riojano de Salud, una vez oído el Consejo de Administración del citado organismo.

b') Todas aquellas competencias atribuidas por las disposiciones que le sean de aplicación.

La Consejería competente en materia de salud en el ejercicio de sus funciones como garante de los derechos de los ciudadanos y en orden al interés público de la actividad actúa siempre como autoridad sanitaria.

CAPÍTULO IV

Competencias de las Corporaciones Locales

Artículo 71. *Competencias de las Corporaciones Locales.*

1. De conformidad con lo establecido en la legislación de Régimen Local, en la Ley General de Sanidad y en esta Ley, a las Corporaciones Locales les corresponden las siguientes actuaciones mínimas que ejercerán en el marco de las directrices, objetivos y líneas de actuación del Plan de Salud de La Rioja:

a) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales y residuos urbanos y asimilables.

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 en 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 de los medios de su 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, de conformidad con las líneas básicas establecidas en el Plan de Salud de La Rioja.

g) Participación en los órganos de dirección y participación de los servicios públicos de salud en la forma que reglamentariamente se determine.

h) Participación, en la forma que reglamentariamente se determine, en la elaboración de los programas de salud de su ámbito.

i) Colaboración, en los términos en que se acuerde en cada caso, en la construcción, reforma y equipamiento de centros y servicios sanitarios.

j) Conservación y mantenimiento de los consultorios locales.

2. La Comunidad Autónoma de La Rioja podrá delegar o transferir a las Corporaciones Locales el ejercicio de cualesquiera funciones en materia sanitaria en las condiciones previstas en la legislación vigente.

3. Para el desarrollo de las funciones contenidas en los apartados anteriores, las Corporaciones Locales podrán solicitar la colaboración de los recursos sanitarios del Sistema Público de Salud de La Rioja.

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.

TÍTULO VIII

Colaboración con la iniciativa privada

Artículo 94. *Colaboración con la iniciativa privada.*

1. La colaboración del Sistema Público de Salud de La Rioja con la iniciativa privada se instrumentará a través de los convenios singulares de vinculación y de los conciertos sanitarios.
2. Los convenios singulares de vinculación son los suscritos entre la administración sanitaria y entidades privadas titulares de centros hospitalarios, para la vinculación de los mismos al Sistema Público de Salud de La Rioja.

Se regirán por sus propias normas con carácter preferente y por lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, siéndoles de aplicación lo previsto en la normativa vigente de contratación administrativa.

3. Los conciertos sanitarios son los suscritos entre la administración sanitaria y las entidades privadas titulares de centros y/o servicios sanitarios. Se regularán por lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, siéndoles de aplicación lo previsto en la normativa vigente de contratación administrativa.

Artículo 95. *Del sistema de relación contractual.*

1. La suscripción de convenios, conciertos y demás acuerdos con entidades, empresas o profesionales ajenos al Sistema Público de Salud de La Rioja para la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios se realizará teniendo en cuenta los principios de complementariedad, optimización y adecuada coordinación en la utilización de recursos públicos y privados.
2. Los hospitales y otros centros ajenos al Sistema Público de Salud de La Rioja, podrán integrarse en el Sistema Público de Salud de La Rioja conforme se establece en la presente Ley mediante la suscripción de convenios singulares de vinculación.

El contenido de dichos convenios vendrá dado de acuerdo con los protocolos que a tal efecto se establezcan.

3. También podrán establecerse conciertos para la prestación de servicios con medios ajenos al Sistema Público de Salud de La Rioja, en los casos de insuficiencia de la misma. Excepcionalmente por carácter de necesidad podrá hacerse uso de servicios no vinculados o no incluidos en conciertos durante el tiempo imprescindible.

Artículo 96. *Efectos de los convenios y conciertos.*

La suscripción de convenios y conciertos conlleva:

1. El desarrollo de todas las funciones propias de los centros sanitarios de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca.

2. El cumplimiento de las directrices y criterios de actuación establecidos por la Consejería competente en materia de salud y específicamente, la satisfacción de los principios orientadores y objetivos establecidos en la presente Ley.

3. 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 los convenios o conciertos.

4. El cumplimiento de la normativa de homologación y acreditación referente a las actividades sanitarias motivo del concierto, incluyendo aquellas referidas a gestión económica y contable que se determine.

Artículo 97. *Requisitos de las entidades o servicios para suscribir convenios o conciertos con el Sistema Público de Salud de La Rioja.*

1. Para la suscripción de convenios o conciertos, las entidades, centros y servicios deberán reunir los siguientes requisitos mínimos:

a) Homologación previa del centro o servicio objeto del convenio o concierto.

b) Acreditación previa del centro o servicio objeto del convenio o concierto.

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 las actividades objeto del convenio o concierto.

2. El régimen de concierto será incompatible con la percepción de subvenciones destinadas a la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto del concierto.

Artículo 98. *Contenido de los conciertos.*

1. Los conciertos recogerán necesariamente los siguientes aspectos:

a) Los servicios, recursos y prestaciones objeto del concierto, 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, que no podrá ser superior a cuatro años, sin perjuicio de ser prorrogados con los límites establecidos en la normativa vigente sobre contratación y sin que cada prórroga pueda superar los cuatro años, causas de extinción y sistema de renovación y revisión del concierto.

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 objeto de concierto, quedando asegurada la sujeción de la entidad, centro y servicios concertados 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 99. *Causas de denuncia o extinción del convenio o concierto.*

Sin perjuicio de lo dispuesto en el vigente texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas serán causas específicas de denuncia o extinción del convenio o concierto por parte de la administración sanitaria las siguientes:

a) Prestar atención sanitaria objeto del convenio o concierto contraviniendo los principios y criterios establecidos en la presente Ley y demás normativa que le resulte de aplicación.

b) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas.

c) Infringir con carácter grave la legislación fiscal, laboral, de la Seguridad Social o de incompatibilidades.

d) Vulnerar los derechos reconocidos a los ciudadanos en esta Ley y demás normativas de aplicación.

e) Incumplir gravemente o de modo que repercuta sensiblemente en la adecuada prestación de los servicios las obligaciones, requisitos o condiciones establecidos o acordados para la suscripción de los convenios o conciertos y para el desarrollo de los servicios concertados o convenidos.

f) El incumplimiento sobrevenido de cualquiera de los requisitos mínimos exigidos para la celebración de los mismos.

g) Aquellas establecidas especialmente en el convenio y/o contrato.

Artículo 100. *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 o socio-sanitaria.

c) Los regímenes de seguro escolar o deportivo.

d) Los seguros libres de accidentes de tráfico.

e) Los regímenes de asistencia sanitaria de los funcionarios públicos y ejército.

2. Las referidas entidades colaboradoras podrán establecer conciertos con la Consejería competente en materia de salud, como aseguradora pública.

Artículo 101. *De colaboración con las oficinas de farmacia.*

La dispensación de las especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales, preparados oficinales y todas aquellas formas farmacéuticas y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica a las personas acogidas a los regímenes de la Seguridad Social, por parte de las oficinas de farmacia, se concertará con el departamento competente en materia de salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos.

TÍTULO IX

Docencia e investigación

Artículo 102. *Docencia.*

1. El Sistema Público de Salud de La Rioja deberá colaborar con la docencia pregraduada, postgraduada y continuada a los colectivos de profesionales de la Comunidad Autónoma y en el desarrollo de un sistema de aprendizaje permanente.

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 salud y el resto de las Consejerías, en particular la competente en materia educativa.

3. La Consejería competente en materia de salud promoverá la formación continuada del colectivo de profesionales del Sistema Público de Salud de La Rioja, 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 salud y de educación establecerán el régimen de los conciertos entre Universidades, centros de formación profesional sanitaria y las instituciones sanitarias de La Rioja 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 salud 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 103. *Investigación sanitaria.*

1. El Sistema Público de Salud de La Rioja deberá fomentar 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 salud, 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 La Rioja.
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.

4. La Consejería competente en materia de salud fomentará la coordinación en materia de investigación sanitaria con otras instituciones, tanto de ámbito autonómico, nacional e internacional.

TÍTULO X

Intervención pública relacionada con la salud individual y colectiva

Artículo 104. *Actuaciones.*

La Consejería competente en materia de salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja, en el marco de sus competencias, realizará las siguientes actuaciones:

1. El ejercicio de las competencias que legalmente tenga atribuidas como autoridad sanitaria, sin perjuicio de las que por este concepto correspondan a otros órganos.
2. 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.
3. 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.
4. Establecer prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes y servicios, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.
5. Proponer las normas y criterios por los que han de regirse los centros, servicios y establecimientos sanitarios de La Rioja, tanto públicos como privados, para su autorización, calificación, acreditación, homologación y registro de los mismos.
6. Otorgar la autorización administrativa previa para la instalación y funcionamiento, así como para la apertura y las modificaciones en la estructura y régimen jurídico de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de La Rioja, cualquiera que sea su nivel y categoría o titular.
7. Inspeccionar y controlar los centros, servicios y establecimientos sanitarios de La Rioja. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios a que hace referencia 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 salud.
8. Autorización, inspección y control de la publicidad sanitaria a todos los niveles.

9. 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.

10. Establecer criterios generales, normas y directrices para el ejercicio de las competencias en materia de política sanitaria mortuoria.

11. El ejercicio de cuantas competencias o funciones le vengan atribuidas por normas legales o reglamentarias.

Artículo 105. *Evaluación.*

Serán objeto de evaluación, seguimiento o intervención por parte de las autoridades sanitarias en materia de asistencia sanitaria individual:

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 los ciudadanos de las obligaciones respecto a los servicios sanitarios, contenidos en la presente Ley.

4. La calidad de las diversas unidades asistenciales de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Público de Salud de La Rioja.

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 efectividad y eficiencia de los programas de salud colectivos desarrollados por el Sistema Público de Salud de La Rioja.

7. El desarrollo 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 La Rioja, respecto al cumplimiento de las normas sanitarias vigentes.

Artículo 106. *Medidas preventivas.*

1. Las Administraciones Públicas de La Rioja, 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. Igualmente, 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 se acredite la existencia de este riesgo.

3. La duración de las medidas establecidas en este artículo será limitada, no excediendo del tiempo que exija la situación de riesgo que las justificó.

Artículo 107. *Inspección.*

1. El personal al servicio de las Administraciones Públicas que desarrolle las funciones de inspección, cuando ejerza tales funciones y acreditando si es preciso su identidad, estará autorizado para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta Ley.

b) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de las normas que se dicten para su desarrollo.

c) Tomar o sacar muestras, en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en esta Ley y en las disposiciones para su desarrollo.

d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas, en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen.

2. Como consecuencia de las actuaciones de inspección y control, las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, prohibición de las

actividades y clausura definitiva de los centros y establecimientos, por requerirlo la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación y funcionamiento.

TÍTULO XI

Régimen sancionador

Artículo 108. *Definición.*

1. Constituyen infracciones administrativas, las acciones u omisiones que contravengan las prescripciones establecidas en esta Ley que más adelante se detallan.
2. Las infracciones en materia de sanidad en la Comunidad de La Rioja, 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 pudiera concurrir.
3. El procedimiento sancionador se regirá por la normativa común vigente en la Comunidad Autónoma de La Rioja y supletoriamente por la del Estado.

Artículo 109. *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 110. *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 111. *Infracciones.*

1. Además de las infracciones sanitarias tipificadas en la Ley General de Sanidad, y en desarrollo y complemento de la misma, sin perjuicio de las que establezcan otras Leyes especiales, constituirán infracciones administrativas sanitarias las que se tipifican en la presente Ley.
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 por simple negligencia de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento imprudente o inobservancia, siempre que la alteración o riesgo sanitario producidos sean de escasa entidad.

c) 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.

d) La falta de respeto debido al personal de los centros dependientes del Servicio Riojano de Salud.

3. Son infracciones sanitarias graves:

a) Las que reciban dicha calificación en la normativa aplicable en cada caso.

b) 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.

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 negativa 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, así como la negativa a suministrar información al Defensor del Usuario.

e) Las que se produzcan por falta de 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 cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio 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 publicidad o promoción directa o indirecta, masiva o individualizada, de productos, materiales, sustancias, energía o métodos con pretendida finalidad sanitaria.

j) La publicidad, promoción o distribución de remedios secretos.

k) Amparar los profesionales sanitarios la promoción comercial o publicidad dirigida al público utilizando el nombre, profesión, especialidad, cargo o empleo que respalde utilidades preventivas, terapéuticas, de rehabilitación o cualquier otra pretendida finalidad sanitaria.

l) Cualquier publicidad de los centros o establecimientos sanitarios, centros de belleza, adelgazamiento, tratamiento o desarrollo físico o estético o de los servicios y prestaciones que realizan que no se ajuste al contenido de la autorización sanitaria.

m) Cualquier información, publicidad o promoción comercial que no se ajuste a criterios de transparencia, exactitud o veracidad que pueda causar perjuicio a la salud o seguridad de las personas o a las legítimas expectativas de una información correcta y precisa en materia de salud y asistencia sanitaria.

n) Dificultar o impedir el disfrute de cualquiera de los derechos reconocidos en la presente Ley a los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios públicos y privados.

o) El incumplimiento del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas por parte del personal que en virtud de sus funciones deba tener acceso a la información relacionada con el estado individual de salud.

p) La aplicación de las ayudas o subvenciones públicas en materia de salud a finalidades distintas de aquellas para las que se otorgaron.

q) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos tres meses.

r) 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.

s) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves, o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

t) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercicio contra los profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Público de Salud en el ejercicio de sus funciones.

4. Son infracciones sanitarias muy graves:

a) Las infracciones de la presente Ley que se realicen de forma consciente y deliberada, siempre que se produzca un daño grave.
b) Las acciones que supongan violación grave de cualquiera de los derechos reconocidos en el título II de esta Ley.
c) 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.
d) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.
e) 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.
f) 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.
g) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio de que se trate, y produzca riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.
h) El desvío para el consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente a otros usos.
i) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.
j) 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 graves.
k) Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.
l) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.
m) La resistencia a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.
n) La agresión física a profesionales de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, a pacientes o a sus acompañantes, siempre que no sea constitutiva de ilícito penal.

Artículo 112. *Sanciones.*

1. Las infracciones sanitarias serán sancionadas con las multas y demás medidas previstas en el artículo 36, apartados 1 y 2, de la Ley General de Sanidad.
Las sanciones se graduarán conforme al principio de proporcionalidad, en atención al dolo o culpa concurrente, naturaleza de los perjuicios causados, etc.
2. Los órganos competentes en el ámbito de sus respectivas competencias, para la imposición de multas serán los siguientes:

a) Los Alcaldes, desde 1 euro hasta 15.025 euros.
b) Los Directores Generales y el Presidente del Servicio Riojano de Salud, desde 1 euro hasta 30.050 euros.
c) El Consejero competente en materia de salud, desde 30.051 euros hasta 210.354 euros.
d) El Gobierno desde 210.355 euros hasta 601.012 euros.

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 Gobierno de la Comunidad de La Rioja 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 presente artículo podrán ser revisadas y actualizadas periódicamente por el Gobierno de la Comunidad de La Rioja teniendo en cuenta la variación de los índices de precios para el consumo.

6. Los Ayuntamientos de la Comunidad de La Rioja podrán ejercer la potestad sancionadora en relación con las infracciones previstas en esta Ley hasta el límite establecido, siempre que dichas infracciones afecten a las áreas de responsabilidad mínima sobre las que ostentan competencias de control sanitario.

7. Serán competentes para incoar los expedientes sancionadores regulados en esta ley los Alcaldes en el ámbito de su competencia, los Directores Generales por razón de la materia correspondientes a la Consejería competente en materia de salud, y el Presidente del Servicio Riojano de Salud, en cualquiera de las infracciones que se pretenda sancionar, sin perjuicio de la tipificación de la infracción y de la competencia para dictar la sanción.

Artículo 113. *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 114. *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 115. *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. El cómputo del plazo de prescripción de la infracción se inicia desde el día en que la Administración tenga conocimiento de la comisión de la infracción. El cómputo del plazo de prescripción de la sanción se inicia 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.

Conforme las disponibilidades y medios técnicos lo permitan, se unificará la información clínica individualizada para el conjunto del Sistema Público de Salud de La Rioja.

Disposición adicional segunda.

1. La provisión de los órganos de dirección de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud, así como los de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del citado organismo, podrá efectuarse conforme al régimen laboral de alta dirección previsto en el Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto.

2. Reglamentariamente se determinarán los órganos de dirección a que se refiere el número anterior.

3. Los puestos de carácter directivo a que se refieren los números anteriores también podrán proveerse por el sistema de libre designación.

4. Las convocatorias para la provisión de tales puestos se publicarán en el ‘‘Boletín Oficial de La Rioja’’, y en ellas podrán participar tanto el personal estatutario como los funcionarios públicos incluidos en el ámbito de aplicación de la Ley30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, y de las Leyes de función pública de las Comunidades Autónomas, siempre que reúnan los requisitos exigibles en cada caso.

5. Los puestos convocados conforme a lo establecido en los apartados anteriores podrán ser declarados desiertos, por acuerdo motivado, cuando no concurran solicitantes idóneos para su desempeño.

6. El personal nombrado para el desempeño de un puesto de trabajo de libre designación podrá ser relevado discrecionalmente por la autoridad que acordó su nombramiento.

Disposición adicional tercera.

El personal directivo del Servicio Riojano de Salud que, de acuerdo con la estructura orgánica y relaciones de puesto de trabajo queden vinculados al mismo en régimen laboral especial de alta dirección, pasarán a la situación de servicios especiales o excedencia forzosa según se trate de funcionarios de carrera, estatutarios o de personal laboral fijo de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Disposición adicional cuarta.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la presente Ley, el Servicio Riojano de Salud se regirá por la normativa general y de procedimiento aplicable al INSALUD, que se encuentre vigente a la entrada en vigor de la presente Ley, en tanto no se oponga a lo previsto en la normativa de la Comunidad Autónoma de La Rioja o se dicte normativa específica en esta Comunidad Autónoma.

Disposición adicional quinta.

Se añade un párrafo al artículo 49.2 de la Ley 3/1995, de 8 de marzo, con el siguiente texto:

> «Podrán constituirse órganos dependientes de las Direcciones Generales, denominadas Subdirecciones Generales, para una mejor distribución de las competencias, asignación de objetivos y responsabilidades.»

Disposición adicional sexta.

1. El personal fijo del Sistema Público de Salud de La Rioja que se incorpore con carácter fijo a las plantillas de personal de las entidades que se constituyan en el territorio de la Comunidad Autónoma de La Rioja, en aplicación de lo dispuesto en la Ley 30/1994, de 24 de noviembre («Boletín Oficial del Estado» del 25), y que sean participadas mayoritariamente por el Gobierno de La Rioja, asi como las que se constituyan en aplicación de lo dispuesto en la Ley 15/1997, de 25 de abril, y el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el ámbito del Sistema Nacional de Salud,

pasará en relación con su plaza de origen, a la situación de excedencia voluntaria por incompatibilidad establecida en el artículo 10 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. Durante un período máximo de tres años, desde la declaración de excedencia voluntaria por incompatibilidad, podrá volver a ocupar su puesto de origen.

De forma excepcional, y por necesidades del servicio debidamente acreditadas por la Consejería de Salud, se podrá prorrogar por periodos iguales a tres años el plazo reflejado en el párrafo anterior con la reserva de su puesto de origen.

2. El personal que, una vez transcurrido el referido plazo de tres años, deje de prestar servicios en dichas entidades, podrá reincorporarse con carácter provisional a una plaza de su categoría en la misma Área de Salud en la que le fue concedida la excedencia. En el supuesto de que no existan vacantes en dicha Área en su correspondiente modalidad, el interesado podrá solicitar el reingreso en cualquier otra. A estos efectos, tendrán la consideración de vacantes las plazas básicas de la categoría desempeñadas por personal temporal.

Disposición adicional séptima.

Los puestos previstos en la relación de puestos de trabajo del Servicio Riojano de Salud podrán ser desempeñados por el personal descrito en el artículo 75 de esta norma, siempre que cumplan los requisitos exigidos en la citada relación de puestos de trabajo. En estos casos el personal mantiene su régimen y situación de origen sin perjuicio que las condiciones de trabajo sean las específicas que correspondan al puesto desempeñado.

Disposición adicional octava. *Servicios prestados en la extinta Fundación Hospital Calahorra.*

La totalidad de los servicios prestados en la extinta “Fundación Hospital Calahorra” serán computables como servicios previos para el perfeccionamiento de trienios, a los efectos de lo previsto en el Real Decreto 1461/1982, de 25 de junio, por el que se dictan normas de aplicación de la Ley 70/1978, de 26 de diciembre, de reconocimiento de servicios previos en la Administración pública, y en el Real Decreto 1181/1989, de 29 de septiembre, por el que se dictan normas de aplicación de la Ley 70/1978, de 26 de diciembre, de reconocimiento de servicios previos en la Administración pública al personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud, desde el 25 de febrero de 2022.

Disposición adicional novena. *Nombramientos de extranjeros extracomunitarios como personal estatutario del Servicio Riojano de Salud.*

En el ámbito de los procesos de selección de personal estatutario dependiente del Servicio Riojano de Salud y en desarrollo del párrafo a) del apartado 5 del artículo 30 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, las personas extranjeras que no cumplan los requisitos establecidos en el citado apartado podrán acceder, en igualdad de condiciones, a la condición de personal estatutario en aquellas categorías estatutarias sanitarias para cuyo desempeño se requiera estar en posesión de la titulación universitaria oficial que habilite para el ejercicio de la profesión de médico, de la titulación universitaria oficial que habilite para el ejercicio de la profesión de enfermera, del título oficial de una especialidad médica en Ciencias de la Salud y del título oficial de una especialidad de Enfermería en Ciencias de la Salud.

Disposición transitoria primera.

Hasta tanto no se establezca la división territorial de la Comunidad Autónoma de La Rioja en Áreas y Zonas Básicas de Salud conforme a los criterios señalados en esta Ley, seguirán vigentes las Áreas y Zonas existentes en la actualidad.

Disposición transitoria segunda.

Hasta tanto no se constituyan los diferentes órganos de participación en el Sistema Público de Salud de La Rioja y en el Servicio Riojano de Salud, continuarán en funcionamiento los existentes en la actualidad.

Disposición transitoria tercera.

El personal estatutario adscrito al Servicio Riojano de Salud mantendrá su régimen retributivo y la normativa específica aplicable en el INSALUD en el momento de entrada en vigor de la presente Ley, en tanto no se dicte normativa específica en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Todo ello sin perjuicio de los acuerdos que puedan alcanzarse mediante la negociación colectiva.

Disposición transitoria cuarta.

Los funcionarios de carrera pertenecientes a los Cuerpos y Escalas de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, así como el personal laboral, que presten sus servicios en los centros, servicios y establecimientos dependientes del Servicio Riojano de Salud podrán, mediante los procedimientos que se establezcan y a través de la negociación colectiva, integrarse directamente en la condición de personal estatutario. En tal caso permanecerán en situación de excedencia en sus Cuerpos o categorías de origen.

Disposición transitoria quinta.

Al personal funcionario y laboral que, procedente de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, pase a prestar servicios de forma permanente en el Servicio Riojano de Salud, y no se integre en la condición de personal estatutario, mantendrá su régimen y situación de origen sin perjuicio que las condiciones de trabajo sean las específicas que correspondan al puesto desempeñado. Todo ello sin perjuicio de los acuerdos que puedan alcanzarse mediante la negociación colectiva.

Disposición transitoria sexta.

(Sin contenido).

Disposición transitoria séptima.

Las actuales estructuras de gestión del INSALUD en La Rioja, así como sus sistemas informáticos, continuarán existiendo hasta su progresiva sustitución por las correspondientes del Servicio Riojano de Salud y de la Consejería competente en materia de salud.

Disposición transitoria octava.

Mediante Acuerdo del Gobierno de La Rioja, a propuesta conjunta de los Consejeros competentes en materia de Hacienda y Economía y Salud, se determinará el momento a partir del cual, por haberse dotado adecuadamente los servicios necesarios, el Servicio Riojano de Salud ejercerá las competentes que, en materia de presupuestación, contabilidad, tesorería y patrimonio, le atribuyen la presente Ley y el ordenamiento vigente. El Gobierno de La Rioja podrá ejercitar esta facultad de una sola vez para todas las materias citadas o de modo sucesivo y parcial.

Hasta que se cumpla lo previsto en el párrafo anterior, el régimen presupuestario, contable, de tesorería y patrimonial del Servicio Riojano de Salud será el de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, para cuya finalidad se crea la Sección 15 en la que se integrarán los distintos centros de gasto a nivel de Servicio.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas cuantas normas o disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en esta Ley, y de forma expresa queda derogada la Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud y el Decreto 63/2001, de 28 de diciembre,

por el que se constituye el Servicio Riojano de Salud, salvo lo dispuesto en su artículo 1, y se modifica el Decreto 20/2001, relativo al ejercicio de competencias administrativas.

Disposición final primera.

Se faculta al Gobierno de La Rioja para dictar cuantas normas sean necesarias en desarrollo y ejecución de lo previsto en la presente Ley, así como para la dotación de los medios personales y materiales para el funcionamiento del organismo autónomo.

Disposición final segunda.

La presente Ley entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial de La Rioja».

§ 25

Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears

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

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 27.2 del Estatuto de Autonomía, tengo a bien promulgar la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

En el ordenamiento jurídico español, el derecho a la protección de la salud viene expresamente reconocido en la Constitución, que atribuye a los poderes públicos la organización y la tutela de la salud pública a través de las medidas que se consideren oportunas, tanto en su vertiente preventiva, como en la de prestación de asistencia sanitaria propiamente dicha. Este reconocimiento constitucional se ha plasmado en la Ley 14/1986, general de sanidad, de 25 de abril, que, con carácter básico, recoge todo el conjunto de acciones y dispositivos encaminados a la protección de la salud, y destaca el protagonismo y la suficiencia de las comunidades autónomas en la articulación de una política propia en materia sanitaria. Pero, no es solamente la Ley general de sanidad quien establece el marco normativo de protección de la salud, también lo hace la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, que faculta a las administraciones públicas, dentro del ámbito de sus competencias, para adoptar las medidas excepcionales de intervención sanitaria en situaciones de necesidad o de urgencia.

En el ámbito de las Illes Balears, el Estatuto de Autonomía atribuye a la comunidad autónoma, en el artículo 10.14, la competencia exclusiva en materia de sanidad. Asimismo, el artículo 11.5 del mismo texto legal le atribuye el desarrollo legislativo y la ejecución de la coordinación hospitalaria, incluida la de la Seguridad Social, y la ordenación farmacéutica. Todo esto sin olvidar la función ejecutiva del artículo 12.8 sobre la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Al amparo de los títulos competenciales mencionados, se pretende recoger en una norma de rango legal todas las acciones relacionadas con la salud de los ciudadanos, de manera integral e integrada, y empezar por la formulación de los derechos de los usuarios frente a los procesos asistenciales en el área sanitaria, para continuar con la ordenación de los recursos sanitarios de las Illes, territorialmente y de

manera funcional, y finalizar con las acciones del sistema sanitario público de las Illes Balears.

Previamente, el Parlamento de las Illes Balears había creado el Servicio Balear de la Salud, mediante Ley 4/1992, de 15 de julio, como un sistema único y armonizado de todos los recursos, los centros y los servicios del ámbito geográfico de las Illes Balears, con la meta de conseguir la integración, la desconcentración, la simplificación, la racionalización y, en definitiva, una optimización máxima de los servicios sanitarios existentes o futuros. Ciertamente, el retraso en la transferencia de los servicios y de las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en nuestra comunidad produjo cierta obsolescencia en la Ley del Servicio Balear de la Salud, además de regular únicamente el Servicio, sin contemplar otros aspectos esenciales en materia de protección de la salud. Por este motivo la ley de 1992 y las modificaciones a la misma introducidas por la Ley 20/2001, de 21 de diciembre, de medidas tributarias, administrativas y de función pública, son sustituidas por ésta, integrándose la regulación del Servicio de Salud en un texto más ambicioso que regula todas las acciones de los poderes públicos dirigidas a la protección de la salud.

II

En el marco de las competencias asumidas en el Estatuto, la Ley de Salud de las Illes Balears se configura como el instrumento normativo más importante de la comunidad autónoma para articular el compromiso con los ciudadanos, de cara a la protección de un aspecto tan esencial de la persona como es la salud. La ley tiene como eje central la atención de la salud del ciudadano en todas sus vertientes, desde la educación para la salud, las acciones preventivas, las medidas públicas de protección de la salud individual y colectiva, hasta la atención de la enfermedad, la rehabilitación funcional y la reincorporación social del paciente.

La Ley de Salud de las Illes Balears trata de recoger los aspectos más interesantes de las regulaciones comparadas, adaptados naturalmente a la realidad social, geográfica y sanitaria de las Illes, especialmente en la estructuración del modelo organizativo.

Pero, la Ley de Salud de las Illes Balears no se limita a la regulación del Servicio autonómico de salud, ni solamente a la formulación de la ordenación sanitaria de las Illes Balears. Con una vocación más ambiciosa, pretende ser un instrumento normativo que regule todas las acciones de los poderes públicos relacionadas con la salud, pero no sólo de éstos. También el sector privado se ve implicado en una tarea tan importante como la que la ley pretende: la protección de la salud antes de que aparezca la enfermedad y su restablecimiento, en caso de pérdida. El derecho a la protección de la salud se configura como un derecho reconocido constitucionalmente que requiere un desarrollo legal en el ámbito de las Illes Balears, en sintonía con la regulación establecida en la Ley general de sanidad para todo el Estado, como norma de carácter básico para todas las administraciones sanitarias del territorio nacional.

III

Previamente a la regulación de las acciones encaminadas a la protección y al restablecimiento de la salud es necesario plasmar los principios informadores en los que se fundamenta la articulación del derecho a la protección de la salud en el sistema sanitario público de las Illes Balears, cosa que se recoge en el título preliminar, además de identificar el objeto y el ámbito subjetivo de aplicación de la ley.

En el título I se detallan los derechos y los deberes de los ciudadanos en el ámbito sanitario. Este título empieza por los titulares de los derechos, para continuar con la regulación de los derechos básicos de todos relativos a los servicios sanitarios y de salud de las Illes Balears, como garantía del principio constitucional de protección de la salud. En el capítulo III de este título se contienen los derechos específicos de los usuarios de los centros asistenciales, desde el momento previo al nacimiento hasta la muerte. Destacan los derechos en relación con el nacimiento, la intimidad y la confidencialidad, la nueva regulación del documento vital y del consentimiento informado, sin olvidar los derechos de los colectivos merecedores de especial protección, los de los enfermos mentales, y el derecho a la historia y a la documentación clínica. El capítulo IV contiene la formulación de

los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios públicos como complemento de los derechos generales establecidos en el capítulo II, y regula las funciones del defensor de los usuarios como órgano de garantía de estos derechos. Finalmente, en el capítulo V se formulan los deberes de los usuarios de los servicios sanitarios.

IV

El título II de la ley regula el sistema sanitario público de las Illes Balears como el conjunto de recursos, normas, medios organizativos y acciones orientadas a satisfacer el derecho a la protección de la salud. El Gobierno y la administración sanitaria son los entes encargados del funcionamiento del sistema.

El sistema sanitario público de las Illes Balears, como parte del Sistema Nacional de Salud, tiene como fines primordiales la mejora general en el estado de la salud de la población, mediante la promoción de la educación para la salud, la prevención, la planificación de las acciones y la prestación de una atención integral y personalizada. Para conseguir estos fines, las administraciones públicas competentes, establecidas en las Illes Balears, desarrollarán toda una serie de acciones dirigidas a proteger la salud antes de que aparezca la enfermedad y a la atención sanitaria posterior, que se complementarán con actividades de docencia, investigación y formación, además de la evaluación y el control de la calidad de los servicios sanitarios. Todas estas acciones se dirigen a conseguir la finalidad primordial de la ley.

V

El capítulo III del título II regula el Plan de Salud de las Illes Balears, que se configura en la ley como el instrumento estratégico principal de planificación y coordinación sanitaria, que se complementará con el Plan socio-sanitario –de carácter intersectorial– así como con otros planes de desarrollo de aspectos más concretos de la actuación sanitaria (del SIDA, de drogas, de salud mental). Como instrumento estratégico, el Plan de Salud establece las líneas a desarrollar por las estructuras correspondientes, tanto sanitarias como ajenas al sector. El objetivo final es la asunción de los compromisos que involucren a sectores sociales, profesionales y políticos.

El capítulo IV prevé la existencia y las funciones de los órganos de participación comunitaria en el sistema sanitario público de las Illes Balears, especialmente el Consejo de Salud, que se adscribe a la consejería competente en materia sanitaria, como órgano colegiado superior de participación comunitaria y de consulta del sistema sanitario público.

VI

Las competencias y funciones de las diversas administraciones públicas que actúan en materia sanitaria en el territorio de las Illes Balears, vienen recogidas en el título III de la ley, que empieza definiendo las competencias del Gobierno y de la Administración de la comunidad autónoma (capítulo I), y acaba, en el capítulo II, con las competencias de los entes territoriales de las Illes Balears. Estas competencias se desarrollan de conformidad con lo que dispone el Estatuto, la Ley general de sanidad, las leyes de consejos insulares y de régimen local, y dentro del marco del Plan de salud.

VII

El título IV regula la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva, la función inspectora y la potestad sancionadora en materia sanitaria de manera estructurada en dos capítulos. En el primero se definen las funciones del personal que realiza funciones inspectoras y se determina el carácter público de las actas y diligencias inspectoras, mientras que en el capítulo II se regula el ejercicio de la potestad sancionadora por la administración sanitaria autonómica y todo el régimen de infracciones tipificadas y sanciones en materia sanitaria, además de la posibilidad de adoptar medidas cautelares por el órgano sancionador como garantía del cumplimiento de los deberes y de las obligaciones establecidas en esta ley y en el resto del ordenamiento jurídico sanitario.

VIII

El eje principal de la organización sanitaria pública de los servicios sanitarios de las Illes se estructura en el título V, donde se regula el Servicio de Salud de las Illes Balears como ente público, de carácter autónomo, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, con plena capacidad de actuar y al que se encomienda la gestión de los servicios públicos asistenciales. Este Servicio de Salud se adscribe a la consejería competente en materia sanitaria. La ley establece en general los objetivos fundamentales que persigue y la relación con el ente matriz.

La estructura y la organización del Servicio de Salud, contenidas en el capítulo II, definen los órganos superiores de dirección y gestión del ente: el Consejo General, el director general y el secretario general. El régimen jurídico del Servicio de Salud lo establecen esta ley y sus estatutos, y la representación y la defensa en juicio se atribuyen a los abogados que se integren en la escala correspondiente del cuerpo superior de abogados de la Administración de la comunidad autónoma, sin perjuicio de habilitar a abogados colegiados para supuestos específicos.

El régimen presupuestario que se configura en la ley en el capítulo IV, permite al Servicio contar con su propio presupuesto, y desde el punto de vista financiero se prevén medidas de control permanente por parte de la Intervención de la comunidad autónoma.

El capítulo V del título V recoge la ordenación funcional de los servicios asistenciales, estructurada en los niveles de atención sanitaria primaria, especializada y de urgencias. La atención primaria es el primer nivel de asistencia, mientras que la especializada es el segundo nivel. Éste está configurado por la red hospitalaria pública de las Illes Balears, que también se estructura en diversos niveles de hospitales, en función de la especialización y la complejidad de los procesos de que disponen. El título acaba con el capítulo VI, dedicado a las relaciones con la iniciativa privada, que se articula alrededor del concierto, como modalidad consolidada de colaboración del sector privado en la prestación de los servicios públicos.

IX

La ordenación sanitaria territorial del sistema sanitario público de las Illes es objeto de tratamiento en el título VI, donde se detalla la organización del Servicio de Salud en áreas de salud, como estructura básica del sistema, en sectores sanitarios y en zonas básicas de salud. Al Servicio de Salud se le encomienda la responsabilidad en la gestión unitaria e integrada de los centros y servicios que de él dependen, así como las prestaciones y los programas sanitarios a desarrollar. Las áreas de salud se estructurarán en los órganos de participación, dirección y gestión que determinen los estatutos del Servicio. Las áreas de salud se podrán dividir territorialmente en sectores sanitarios, respondiendo a la necesidad de que la ordenación territorial resulte operativa y funcione con eficacia. Cada una de las áreas dispondrá de un hospital público para garantizar la atención especializada a los ciudadanos. Por otra parte, las zonas básicas de salud son el marco territorial y poblacional fundamental para la ordenación de los servicios de atención primaria sanitaria.

X

En conclusión, la Ley de salud de las Illes Balears configura un sistema público de salud universal, gratuito y solidario, que pretende ordenar todos los recursos sanitarios de manera eficiente, teniendo en cuenta las peculiaridades de las Illes Balears, donde históricamente hemos sufrido graves carencias de recursos en la red pública, mitigadas en parte por el recurso al doble seguro.

En el proceso de elaboración, se ha sometido a consulta de los sectores implicados y de toda la ciudadanía, a través de Internet. Sin olvidar la consulta al Consejo Económico y Social, como ente institucional que tiene la representación de los sectores sociales.

La Ley de salud tiene vocación de permanencia y ha procurado ser flexible para adaptarse a las situaciones futuras sin traumatismos, configurándose como un instrumento al servicio de todos los ciudadanos de las Illes Balears.

TÍTULO PRELIMINAR

Artículo 1. *Objeto.*

1. La presente ley tiene por objeto la ordenación y la regulación del sistema sanitario para hacer efectivo, en el ámbito territorial de las Illes Balears, el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución.

2. En particular, esta ley:

a) Define y garantiza los derechos y los deberes de los ciudadanos en el ámbito sanitario.

b) Configura el marco jurídico fundamental del sistema sanitario público.

c) Delimita las competencias de las administraciones públicas en materia de sanidad.

d) Regula la función inspectora y la potestad sancionadora en materia sanitaria.

e) Establece las reglas básicas de la organización y el funcionamiento del Servicio de Salud de las Illes Balears.

Artículo 2. *Ámbito subjetivo de aplicación.*

Esta ley se aplica:

a) A los ciudadanos residentes y a los no residentes, con independencia de su situación legal o administrativa.

b) A las administraciones públicas de las Illes Balears.

c) A cualquier otra persona jurídica, cuando así se establezca en esta ley.

Artículo 3. *Principios informadores.*

La regulación contenida en esta ley se inspira en los siguientes principios:

a) Universalización de la atención sanitaria para todos los ciudadanos de las Illes Balears.

b) Concepción integral de la salud, de forma que comprenda actividades de promoción, educación sanitaria, prevención, asistencia, rehabilitación, investigación y formación, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ecológico-ambientales.

c) Equidad y superación de las desigualdades territoriales y sociales en la prestación de los servicios, dar prioridad a la eficiencia social y favorecer a los colectivos más desprotegidos.

d) Eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios, con incorporación de la mejora continuada de la calidad, mediante la acreditación y la evaluación continuada.

e) Descentralización, desconcentración, coordinación y responsabilidad en la gestión, de acuerdo con una concepción integral e integrada del sistema sanitario balear.

f) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria, a través de los derechos de información y participación.

g) Participación de los profesionales en la organización y en el uso racional de todos los recursos necesarios para la buena práctica clínica, basada en la evidencia científica.

h) Cooperación intersectorial como elemento de cohesión de las políticas de todos los sectores con responsabilidad en la salud.

i) Consideración del medio ambiente como un factor de incidencia sobre la salud individual y colectiva.

j) Orientación del sistema sanitario a los ciudadanos, estableciendo los mecanismos adecuados para el ejercicio de los derechos que esta ley les reconoce.

k) Humanización de la organización sanitaria.

TÍTULO I

Derechos y deberes de los ciudadanos en el ámbito sanitario

CAPÍTULO I

Titulares de los derechos y deberes

Artículo 4. *Titulares de los derechos y deberes.*

1. Sin perjuicio de lo que prevé la legislación básica estatal, y con independencia de su situación legal o administrativa, son titulares de los derechos y deberes definidos en esta ley, en los términos establecidos en este título:

a) Los españoles y los extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de las Illes Balears.
b) Los españoles y los extranjeros no residentes en las Illes Balears que tengan establecida la residencia en el territorio español, con el alcance determinado por la legislación estatal.
c) Los nacionales de los estados miembros de la Unión Europea, respecto de los derechos 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.
d) Los nacionales de los estados que no pertenecen a la Unión Europea, solamente respecto de los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y los convenios suscritos por el Estado español con sus países de origen.

2. A pesar de lo que se prevé en el apartado anterior se garantizará, en todo caso, a cualquier persona la atención sanitaria en situaciones de urgencia, prestada por los profesionales.
3. En el supuesto previsto en el punto anterior, se facturarán los costes y gastos ocasionados al beneficiario o tercero responsable, en su caso.

Artículo 4 bis. *Reconocimiento a las personas residentes en las Illes Balears del derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema sanitario de las Illes Balears.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, la asistencia sanitaria pública universal, se extenderá a todas las personas con residencia en las Illes Balears, las cuales tienen derecho de forma gratuita a la asistencia sanitaria primaria o especializada, prestada por el sistema sanitario público de la comunidad autónoma de las Illes Balears, con cargo en los presupuestos generales de la comunidad autónoma de las Illes Balears, cualquier que sea su edad, nacionalidad o situación legal o administrativa.
2. A efectos de lo que se dispone en el apartado anterior, se entiende por ‘‘residencia’’, el hecho de acreditar, por cualquier medio admitido en derecho, incluido el empadronamiento, que el domicilio de la persona está en un municipio de las Illes Balears, sin atención a tiempo alguno.
3. Aportada la documentación que acredite la residencia, la administración sanitaria expedirá, gratuitamente y sin más dilación, a las personas a que se refiere el apartado 1 anterior y que no dispongan de la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud, un documento de identificación de acceso al régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en Illes Balears.
4. La asistencia sanitaria que preste el sistema sanitario público de la comunidad autónoma de las Illes Balears a las personas a que se refiere el apartado 1 anterior será la misma que la que presta a los poseedores de la tarjeta sanitaria individual del Sistema.

CAPÍTULO II

Derechos básicos

Artículo 5. *Derechos básicos.*

1. En los servicios y centros públicos y privados todos tienen los derechos siguientes:

a) A la asistencia sanitaria en los términos establecidos en esta ley.

b) Al respeto a la intimidad y a la personalidad, a la dignidad humana y a ser atendido sin ningún tipo de discriminación.

c) A obtener información sobre los diversos servicios sanitarios a los que se puede acceder, como también sobre el coste económico de las prestaciones y los requisitos para su uso.

d) A obtener, en todos los centros y servicios sanitarios, copia de la carta de derechos y deberes por la que se ha de regir la relación del usuario con éstos.

e) A realizar reclamaciones por el funcionamiento de los servicios sanitarios y a hacer sugerencias, así como a recibir una respuesta en los términos previstos reglamentariamente.

f) A ser informados adecuadamente, en términos comprensibles, de los factores, de las situaciones y de las causas de riesgos para la salud individual y colectiva.

2. Asimismo, todos tienen derecho a recibir información sanitaria en la forma más idónea para su comprensión y en una de las lenguas oficiales de la comunidad autónoma, y asegurarse de que aquélla sea inteligible por los pacientes.

3. A pesar de lo que dispone el punto anterior, y en la medida en que la planificación sanitaria lo permita, los centros y servicios sanitarios implantarán los medios necesarios para atender las necesidades lingüísticas de los usuarios extranjeros.

CAPÍTULO III

Derechos específicos de los usuarios en los centros asistenciales

Artículo 6. *De los derechos específicos en los centros asistenciales.*

Además de los derechos reconocidos para todos por esta ley, los usuarios de los centros asistenciales de titularidad pública o privada tienen también los derechos reconocidos en este capítulo.

Sección 1.ª Derechos en relación al nacimiento

Artículo 7. *Derechos de la madre.*

La mujer, durante la gestación, el parto y el puerperio, tiene derecho a:

a) Obtener información continuada, completa y adecuada sobre la evolución del embarazo, parto y postparto y estado de su hijo, expresada en términos comprensibles.

b) Recibir una atención prenatal adecuada y una educación maternal efectuada por un profesional capacitado y estar acompañada por una persona de su confianza durante el preparto, parto y postparto, excepto causa suficientemente justificada.

c) Ser informada adecuadamente de las diferentes opciones de parto, ya sea natural, con anestesia, mediante cesárea o cualquier otra modalidad, con las ventajas y los inconvenientes de cada opción; ser la protagonista de la decisión del tipo y de la modalidad del parto que desea con el asesoramiento de los profesionales sanitarios; decidir sobre las intervenciones no estrictamente necesarias desde un punto de vista clínico, excepto en los casos en los que la urgencia de la situación lo impida.

d) Escoger durante el parto y el postparto un único profesional referente de su caso, cuando sean más de uno los profesionales que la atienden.

e) Tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita; obtener copia del informe de alta con todos los datos del parto y el resumen del estado neonatal.

f) Obtener de la organización del hospital los recursos necesarios para facilitar la lactancia materna, de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades sanitarias; obtener información sobre otro tipo de alimentación cuando la lactancia materna no sea posible o bien no sea la opción elegida.

g) Atención domiciliaria durante y después del parto, en su caso.

h) Que se respeten las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud a todas las mujeres que así lo soliciten.

Artículo 8. *Derechos del recién nacido.*

A los recién nacidos se les reconocen los siguientes derechos:

a) A recibir un tratamiento respetuoso y digno, así como a ser identificado inmediatamente mediante las medidas que se consideren adecuadas.
b) A tener un único referente médico, a ser explorado después del nacimiento por un médico especialista en pediatría y a que se le realicen las pruebas de detección neonatal; si su estado de salud así lo requiere, a ser atendido por personal cualificado con los medios técnicos adecuados y a que se le facilite la estimulación precoz en caso de tener alguna minusvalía.
c) A no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea la investigación, excepto con el consentimiento expreso y por escrito de sus padres o, en su caso, de los representantes legales.

Artículo 9. *Derechos comunes de las madres y los padres.*

Los padres y las madres de los recién nacidos, en relación con la asistencia sanitaria regulada en esta ley, tienen derecho a:

a) Recibir la información comprensible, suficiente y continuada sobre el proceso o la evolución de su hijo o su hija, incluido el diagnóstico, el pronóstico y las opciones del tratamiento, así como también sobre las curas eventuales que reciba el niño o la niña.
b) Tener acceso continuado a su hijo, si la situación clínica lo permite, así como participar en la atención y en la toma de decisiones relacionadas con la asistencia sanitaria que ha de recibir.
c) Recibir el informe de alta y la información y el asesoramiento necesarios para el seguimiento del proceso tanto del hijo como de la madre, para su integración en la red sanitaria y para la obtención de los recursos sociales de apoyo, si fuese necesario.

Sección 2.ª Derecho a la intimidad y a la confidencialidad

Artículo 10. *Derecho a la intimidad.*

1. El derecho a la intimidad del paciente se concreta en el respeto a la confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud y a la asistencia o al tratamiento. Las personas que no estén autorizadas debidamente no pueden acceder a estos datos.
2. Los centros sanitarios han de adoptar las medidas oportunas para garantizar el derecho a la intimidad. A estos efectos han de elaborar normas y procedimientos protocolizados para garantizar el acceso a los datos de los pacientes.
3. El personal de los centros y servicios sanitarios sólo podrá desvelar los datos relativos a procesos asistenciales de los pacientes en los casos legalmente previstos.

Artículo 11. *Derecho a la información asistencial.*

1. El paciente tiene derecho a que se le facilite en términos comprensibles información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluidos el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento. No obstante, se respetará la voluntad del paciente a quien se le ofrecen las alternativas siguientes:

No querer ser informado.
Darle la posibilidad de decidir entre las distintas opciones terapéuticas del centro.
Renunciar al tratamiento.
Autorizar expresamente a otra persona para recibir esta información.

2. El médico responsable del paciente ha de garantizar el cumplimiento del derecho a la información. Los profesionales asistenciales que le atienden y le aplican una técnica o un procedimiento concreto también han de asumir la responsabilidad en el proceso de información al paciente.
3. El paciente tiene derecho a ser advertido de las posibilidades de utilización de los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá conllevar peligro adicional conocido para la salud.

En todo caso será imprescindible la previa información al paciente y su autorización por escrito, así como la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

4. Se reconoce el derecho del paciente a una segunda opinión médica, en los términos que reglamentariamente se determinen, con la finalidad de fortalecer la relación básica entre el médico y el paciente y complementar las posibilidades de atención.

5. Todo paciente tiene derecho a recibir el informe de alta hospitalaria al finalizar la estancia en el centro asistencial, en un plazo razonable.

6. Las personas autorizadas por el paciente también tienen derecho a ser informadas en los términos establecidos en este artículo.

Sección 3.ª Derecho a la autonomía del paciente

Artículo 12. *El consentimiento informado.*

1. Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado el consentimiento específico y libre y haya sido previamente informada.

2. Como regla general, el consentimiento se manifiesta verbalmente. El consentimiento se manifestará por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se lleven a cabo procedimientos que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente.

3. El paciente podrá revocar por escrito el consentimiento en cualquier momento.

4. No es necesaria la exigencia del consentimiento en las situaciones siguientes:

a) Cuando la falta de intervención conlleve un riesgo para la salud pública.

b) Cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir riesgo de muerte.

c) Cuando el paciente haya manifestado por escrito el deseo de no ser informado.

5. En el caso de incapacidad del paciente para tomar decisiones, el derecho sobre cualquier tipo de intervención que afecte a su salud corresponderá a los representantes legales que determine la sentencia de incapacidad. En el caso de inexistencia de declaración judicial, corresponderá a sus familiares, a su pareja y, subsidiariamente, a las personas cercanas a él. La situación de incapacidad no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de manera adecuada a su grado de discernimiento.

6. En cuanto a los menores de edad, siempre que no estén emancipados o tengan dieciséis años cumplidos, el derecho a decidir corresponderá a los padres, tutores o curadores que ostenten su representación legal. La opinión del menor será tomada en consideración en función de su edad y su grado de madurez, de acuerdo con lo que establecen las leyes civiles. Cuando haya disparidad de criterios entre los representantes legales del menor y la institución sanitaria, la última autorización se someterá a la autoridad judicial.

Sección 4.ª Derecho a la documentación clínica

Artículo 13. *Formulación del derecho.*

1. Todo usuario del sistema sanitario tiene derecho a la constancia por escrito o en soporte técnico adecuado al efecto de todo su proceso asistencial.

2. Igualmente tiene derecho a acceder a su documentación clínica y a que se le facilite copia de los documentos, informes o datos.

3. Sólo tendrán derecho a obtener la documentación clínica, mediante el previo consentimiento del usuario, las personas autorizadas por éste, que podrá ser sustituido por el de sus representantes legales, en caso de minoría de edad o incapacidad.

Artículo 14. *La historia clínica.*

1. La historia clínica es el conjunto de documentos agrupados en un expediente que contiene las diversas actuaciones relativas al proceso asistencial de cada enfermo y la identificación de los médicos y del resto de profesionales que intervienen.
2. La historia clínica ha de contener, en todo caso, los datos personales, los de la asistencia y los clínico-asistenciales. Constarán asimismo las acciones, las intervenciones y las prescripciones hechas por cada profesional sanitario.
3. Reglamentariamente se regulará el contenido completo de la historia clínica y los usos de ésta.
4. Los centros sanitarios han de disponer de un modelo normalizado de historia clínica que recoja los contenidos fijados reglamentariamente, adaptados al nivel asistencial que tienen y a la clase de prestación que realizan.

Artículo 15. *Deber de secreto de los datos de la documentación clínica.*

1. El personal que tenga acceso a la documentación clínica queda sujeto al deber de guardar el secreto sobre los datos consultados.
2. Reglamentariamente se regulará el derecho de acceso, custodia, conservación y otros aspectos relativos a la documentación clínica.

Sección 5.ª Derechos de los pacientes que pertenecen a colectivos que merecen una protección especial

Artículo 16. *Formulación de los derechos.*

1. La administración sanitaria pondrá en marcha programas y actuaciones específicos destinados a los colectivos sujetos a un mayor riesgo sanitario para dar efectividad a los derechos reconocidos con carácter general por esta ley.
2. A este efecto, las administraciones competentes se coordinarán y promoverán la participación de los colectivos afectados en las acciones mencionadas en el punto anterior.

Sección 6.ª Derechos de los enfermos mentales

Artículo 17. *Derechos específicos de los enfermos mentales.*

1. Sobre la base de la plena integración de las actuaciones en materia de salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales, la administración sanitaria debe actuar de acuerdo con los siguientes principios:

a) La atención integral y multidisciplinar de los problemas de los enfermos mentales, procurando la colaboración con los servicios sociales de las Illes Balears y desarrollando los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para esta finalidad.
b) La atención a los problemas de salud mental de la población se realizarán preferentemente en el ámbito comunitario, potenciando los recursos ambulatorios y los sistemas de hospitalización parcial, reduciendo tanto como sea posible las necesidades de hospitalización.
c) La hospitalización de los pacientes que lo requieran se realizará en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.
d) Prevención de la aparición de la enfermedad mental con actuaciones coordinadas con el Departamento de Educación de la comunidad autónoma.
e) La especial consideración de las actuaciones dirigidas a la atención psiquiátrica infanto-juvenil y la atención psico-geriátrica.
f) Especial apoyo a las familias de los enfermos mentales y a las asociaciones que desarrollan su función en el ámbito de la atención a la problemática de la salud mental, facilitando los recursos adecuados para desarrollar su tarea y promoviendo la información, la formación y la participación en la planificación, los programas y las actuaciones en la materia.

g) Garantizar la actuación tutelar de la administración respecto de aquellas personas con enfermedad mental que así lo requieran.

h) La atención sanitaria a las drogodependencias se someterá a las previsiones contenidas en la ley específica aprobada por el Parlamento de las Illes Balears.

2. La administración sanitaria tendrá especial consideración de las actuaciones dirigidas a la atención psiquiátrica infanto-juvenil, que comprende la población de hasta 18 años, y que se regirá por las siguientes fases de actuación:

a) La atención integral de la patología, con actuaciones de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y reinserción del niño y del adolescente.

b) La actuación interdepartamental frente a la problemática de la salud mental infanto-juvenil, coordinando todas las instancias implicadas en el desarrollo vital del sujeto de atención, como son educación, sanidad, servicios sociales y justicia.

c) La actuación en el marco de la atención sanitaria especializada, mediante las unidades de salud mental infantil y juvenil, sectorizada en función de criterios territoriales y funcionales y en permanente y necesaria coordinación con la atención primaria sanitaria.

d) El tratamiento específico de la problemática derivada del trastorno de la alimentación, para la población de esta franja de edad para las unidades de salud mental infantil y juvenil.

3. Los que padezcan una enfermedad mental y estén ingresados en un centro asistencial tienen derecho a:

a) Que la dirección del centro solicite la correspondiente autorización judicial para la continuación del internamiento si desaparece la plenitud de facultades mentales, cuando el ingreso haya sido voluntario.

b) Que se revise periódicamente la necesidad del internamiento, cuando el ingreso haya sido forzoso.

Sección 7.ª Derecho a manifestar las voluntades anticipadamente

Artículo 18. *Las voluntades anticipadas.*

(Derogada)

CAPÍTULO IV

Derechos de los usuarios de los servicios sanitarios públicos

Sección 1.ª Derechos generales

Artículo 19. *Derechos de los usuarios de los servicios sanitarios públicos.*

Los usuarios de los servicios sanitarios públicos de las Illes Balears tienen también derecho a:

a) La libre elección de médico, servicio y centro, dentro del área de salud y de acuerdo con la planificación de la asistencia sanitaria. En la atención primaria este derecho se concreta en la posibilidad de elección de médico de familia y de pediatra de entre los que prestan servicios en el área de salud correspondiente a su lugar de residencia.

b) Las prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud. La administración sanitaria de la comunidad autónoma puede establecer prestaciones complementarias tales como los medicamentos homeopáticos, que serán efectivas previa programación expresa y dotación presupuestaria específica.

c) Obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar y restablecer la salud, de acuerdo con los criterios básicos de uso racional, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

d) Obtener, dentro de las posibilidades presupuestarias del Servicio de Salud, una habitación individual para garantizar la mejora del servicio y el derecho a la intimidad y confidencialidad de cada usuario.

e) Estar informado de una manera inteligible, suficiente y adecuada de las distintas opciones y técnicas terapéuticas-farmacológicas y no farmacológicas pertinentes para el tratamiento de su proceso.

f) Participar, de manera activa e informada, en la toma de decisiones terapéuticas que afecten a su persona, especialmente ante situaciones en las que existan diferentes alternativas de tratamiento basadas en la evidencia científica.

g) El ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas en un plazo previamente definido y conocido por el usuario, que será establecido reglamentariamente.

Sección 2.ª Garantías de los derechos de los usuarios

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.

CAPÍTULO V

Deberes de los usuarios del sistema sanitario

Artículo 24. *Deberes.*

1. Sin perjuicio de los deberes reconocidos a la legislación básica estatal, los usuarios del sistema sanitario están sujetos a los deberes siguientes:

a) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
b) Utilizar las instalaciones a fin de que se mantengan en condiciones de habitabilidad, higiene y seguridad adecuadas.
c) Velar por el uso adecuado de los recursos ofrecidos por el sistema sanitario, fundamentalmente de aquello que se refiere a la utilización de los servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
d) Cumplir las normas y los procedimientos de uso y acceso a los derechos que se le otorguen a través de esta ley.
e) Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en él.
f) Firmar, en caso de negarse a las actuaciones sanitarias y no aceptar el tratamiento, el documento pertinente, en el que quedará expresado con claridad que el paciente ha sido suficientemente informado y rechaza el procedimiento sugerido.
g) La obligación de avisar al sistema sanitario, a la mayor brevedad posible, de la no utilización por cualquier causa de un servicio programado previamente, con la finalidad, no tan sólo de una adecuada planificación de los servicios, sino también por la posibilidad de utilización por parte de otro usuario en lista de espera.
h) Cooperar con la autoridad sanitaria en la prevención de las enfermedades.

2. También estarán sujetos a los deberes establecidos en las letras a), b), d) y e), los familiares o acompañantes de los usuarios del sistema sanitario.

TÍTULO II

El sistema sanitario público de las Illes Balears

CAPÍTULO I

Estructura y finalidades del sistema

Artículo 25. *Sistema sanitario público de las Illes Balears.*

1. El sistema sanitario público de las Illes Baleares es el conjunto de recursos, normas, medios organizativos y acciones orientadas a satisfacer el derecho a la protección de la salud.
2. El Gobierno y la administración sanitaria de la comunidad autónoma garantizan el buen funcionamiento del sistema por medio del ejercicio de las facultades de dirección, coordinación, ordenación, planificación, evaluación y control que le atribuye esta ley y el resto del ordenamiento jurídico.

Artículo 26. *Finalidades del sistema sanitario público de las Illes Balears.*

El sistema sanitario público de las Illes Balears, como parte del Sistema Nacional de Salud, tiene como misiones fundamentales:

a) La extensión de sus servicios a toda la población en los términos previstos en esta ley, para garantizar la solidaridad y la cohesión territorial y social.
b) Mejorar el estado de salud de la población.
c) Promocionar la salud de las personas y de los colectivos.
d) Promover la educación para la salud de la población.
e) Proveer la asistencia sanitaria individual y personalizada.

f) Cumplimentar la información sanitaria para establecer la vigilancia y la intervención epidemiológica.
g) Garantizar el aseguramiento y la financiación públicos del sistema.
h) El uso preferente de los servicios sanitarios públicos en la provisión de servicios.
i) La prestación de una atención integral de la salud, para procurar altos niveles de calidad debidamente controlados y evaluados.
j) La planificación de las prioridades de la atención sanitaria a partir de las necesidades de salud de la población.
k) La distribución óptima de los medios económicos afectos a la financiación de los servicios y de las prestaciones sanitarias.
l) El fomento de la formación, la docencia y la investigación en el ámbito de la salud.
m) El establecimiento de programas de mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios sanitarios.

CAPÍTULO II

Tipología de actuaciones del sistema sanitario

Artículo 27. *Actuaciones básicas.*

El sistema sanitario público de las Illes Balears, a través de las administraciones públicas competentes, desarrolla las actuaciones siguientes:

a) De planificación y ordenación.
b) De autoridad sanitaria.
c) De protección de la salud pública.
d) De asistencia sanitaria.
e) De formación.
f) De búsqueda.
g) De evaluación y mejora continua de la calidad.
h) De salud laboral.
i) De salud ambiental.

Artículo 28. *Actuaciones de planificación y ordenación sanitaria.*

Son actuaciones de planificación y ordenación sanitaria las siguientes:

a) La definición de las políticas de salud por medio del Plan de salud y los correspondientes planes y programas de salud.
b) La ordenación sanitaria territorial por medio del mapa de ordenación sanitaria.
c) La ordenación de las prestaciones sanitarias.
d) El ejercicio de las funciones relativas a las profesiones y a los colegios profesionales de ámbito sanitario establecidas en el ordenamiento jurídico.
e) La evaluación y el control de las actuaciones tanto las referidas a la gestión como a la calidad de los servicios.

Artículo 29. *Actuaciones de autoridad sanitaria.*

Las funciones de autoridad sanitaria comprenden:

a) Las autorizaciones administrativas sanitarias y la ordenación y la gestión de los registros sanitarios.
b) Las declaraciones de interés sanitario.
c) Las acreditaciones y certificaciones de centros, servicios y profesionales sanitarios y de las actividades de formación de éstos.
d) La inspección de las actividades que afectan a la salud de las personas.
e) El ejercicio de la potestad sancionadora en materia sanitaria.

Artículo 30. *Actuaciones de protección de la salud pública.*

Para la defensa y la promoción de la salud pública corresponde a la administración sanitaria:

a) La valoración de la situación de salud colectiva, que incluye la difusión periódica de informes sobre el estado de salud de la población de las Illes Balears.
b) La protección de la salud, en especial el control de los factores medioambientales y su seguimiento; la evaluación de los riesgos para la salud de las personas; la garantía de la seguridad de los alimentos.
c) El control en la distribución y la dispensación de los medicamentos, de manera que se haga un uso racional de éstos, y de los efectos adversos que puedan producir, por medio de las actuaciones de farmacovigilancia.
d) La vigilancia y el análisis epidemiológico, así como la responsabilidad de promover y gestionar los registros de enfermedades.
e) La promoción de la salud, la educación para la salud y la prevención de enfermedades.
f) La garantía del funcionamiento de los laboratorios de salud pública.
g) La vigilancia de la salud laboral en la vertiente de salud pública.
h) El control de la publicidad sanitaria.

Artículo 31. *Actuaciones de asistencia sanitaria.*

La asistencia sanitaria se lleva a cabo mediante la atención integral a la salud de la población y a través de los dispositivos en los niveles siguientes:

a) Atención primaria de la salud, que garantiza la accesibilidad a los servicios y ofrece la continuidad de la asistencia por medio de la adscripción a un centro de salud.
b) Atención de nivel especializado y hospitalario, para garantizar la coordinación y la continuidad de la asistencia.
c) Atención a la salud mental, de acuerdo con las prescripciones que se contienen en esta ley y en el Plan de salud mental, y con las necesidades de la población de las Illes Balears.
d) Atención socio-sanitaria coordinada con las administraciones responsables de los servicios sociales de acuerdo con el Plan socio-sanitario.
e) Atención a las drogodependencias y otras adicciones, de acuerdo con la Ley autonómica de drogas, el Plan autonómico de drogas, en su caso, y demás normas reguladoras.
f) La atención de urgencias y emergencias sanitarias.
g) La prestación de productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos necesarios para la promoción de la salud, curación y rehabilitación de la enfermedad.

Artículo 32. *Actuaciones de formación.*

La mejora de la formación técnica y científica en el ámbito sanitario exige de los órganos competentes:

a) Garantizar la formación continua de los profesionales y del personal que presta servicios en el sector de la salud, que será acreditada y evaluada por la consejería competente en materia sanitaria.
b) Colaborar con la administración educativa, las universidades y los colegios profesionales, en el establecimiento de planes de formación sanitaria.
c) Colaborar en el ejercicio de funciones docentes y en la organización y la ejecución de la formación.

Artículo 33. *Actuaciones de investigación.*

1. La administración sanitaria ha de promover la investigación científica, con tal de aportar conocimientos que permitan la mejora de la salud de la población. Todos los centros y servicios sanitarios han de estar en disposición de favorecer la investigación.

2. Para el ejercicio de las actuaciones de investigación en ciencias de la salud, la administración sanitaria colaborará con la administración educativa, con la Universidad de las Illes Balears, y con otras instituciones públicas y privadas, a fin de crear centros, servicios u organismos dedicados a dar apoyo científico y técnico al sistema sanitario, que podrán estar dotados de personalidad jurídica.

3. Al mismo tiempo, la administración sanitaria garantizará los derechos de los ciudadanos por lo que se refiere a la buena práctica clínica, a la confidencialidad de datos y a la seguridad de los sujetos sometidos a la investigación científica.

Artículo 34. *Actuaciones de evaluación y mejora continua de la calidad.*

1. La calidad asistencial informará todas las actividades del personal de los centros y servicios sanitarios y socio-sanitarios.

2. Reglamentariamente se establecerán los procedimientos de evaluación y control de la calidad de los servicios y de los procesos asistenciales.

3. La administración sanitaria velará por la mejora continua de la calidad en la prestación de servicios sanitarios, mediante el establecimiento de programas específicos y el seguimiento de su cumplimiento por los servicios y centros asistenciales.

Artículo 35. *Actuaciones en materia de salud laboral.*

En materia de salud laboral, la administración sanitaria realiza las actuaciones siguientes:

a) Vigilancia de la salud; recogida y análisis de la información sobre las personas expuestas a riesgos laborales; elaboración de los correspondientes mapas de riesgos que permitan implantar medidas para el diagnóstico precoz y la prevención.

b) Promoción de medidas sanitarias de prevención de riesgos laborales.

c) Acreditación, evaluación y control de las actuaciones sanitarias de los servicios de prevención y promoción de la formación sanitaria del personal de estos servicios.

d) Cualquier otra establecida en la legislación de prevención de riesgos laborales, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Administración en las leyes específicas.

Artículo 36. *Actuaciones en materia de salud ambiental.*

1. Todos tienen derecho a vivir en un entorno ambiental sano.

2. Serán objeto de evaluación, seguimiento e intervención por parte de la administración sanitaria las actuaciones siguientes, relacionadas con el desarrollo de las políticas de salud ambiental:

a) La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, provisión de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos, la promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica, la vigilancia sanitaria y la adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluida la vivienda.

b) El establecimiento de las prohibiciones y los requisitos mínimos para el uso y tráfico de bienes y servicios, cuando supongan un riesgo para la salud ambiental.

c) La suspensión del ejercicio de determinadas actividades, el cierre de empresas y la intervención de sus instalaciones, así como de sus medios materiales y personales, cuando tengan una repercusión extraordinaria y negativa para la salud ambiental.

d) El establecimiento de normas y directrices para el control y la inspección de las condiciones higiénico-sanitarias, y para el funcionamiento de las actividades alimentarias, de los locales de convivencia colectiva y del medio ambiente en el cual se desarrolla la vida humana.

e) El control de las aguas de mar y playas.

CAPÍTULO III

Plan de salud

Artículo 37. *Características esenciales.*

1. El Plan de salud es el instrumento estratégico principal de planificación y coordinación sanitaria de las Illes Balears, que se desarrolla a través de los planes y programas complementarios.

2. Como instrumento estratégico, el Plan de salud establece las líneas de actuación y los objetivos concretos a desarrollar por parte de las estructuras correspondientes, tanto sanitarias como ajenas al sector, y se coordina con los presupuestos generales de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

Artículo 38. *Contenido necesario.*

El Plan de salud se basa en una orientación positiva del concepto de salud. A partir del conocimiento del estado de salud de la población, ha de formular objetivos de mejora de la salud y de disminución de riesgos, y ha de definir las intervenciones y las acciones prioritarias para afrontar las necesidades detectadas. Para conseguirlo, el Plan de salud ha de contener necesariamente:

a) Los datos sobre el estado de salud de la población.
b) Los objetivos generales y específicos por áreas y sectores.
c) La priorización de las actuaciones públicas.
d) La definición de las estrategias sanitarias y sociales.
e) La descripción y la evaluación de los recursos para la asunción de los objetivos, en coordinación con los presupuestos generales de la comunidad autónoma de las Illes Balears.
f) Los instrumentos que lo deben desarrollar.
g) El ámbito de vigencia temporal.
h) Los mecanismos de financiación, de acuerdo con la planificación presupuestaria.

Artículo 39. *Procedimiento de elaboración y aprobación.*

1. La consejería competente en materia de sanidad establece la metodología para la formulación del anteproyecto del Plan de salud y garantiza la participación de las administraciones de las Illes Balears, de los profesionales sanitarios y de las entidades y organizaciones sociales del ámbito sanitario.

2. Corresponde al Consejo de Gobierno la aprobación del Plan, a propuesta del titular de la consejería competente en materia de sanidad, una vez oído el Consejo de Salud de las Illes Balears.

3. El Parlamento ha de ser informado por el Gobierno del contenido del Plan y de los resultados del proceso de evaluación y seguimiento del mismo.

Artículo 40. *Carácter vinculante del Plan.*

1. Las determinaciones del Plan de salud, una vez publicado en el Butlletí Oficial de les Illes Balears, se incorporan al ordenamiento jurídico como disposiciones reglamentarias y, en consecuencia, serán vinculantes para las administraciones públicas y para los sujetos privados en los términos previstos en el propio plan.

2. El Plan podrá establecer condiciones generales para la obtención de subvenciones y ayudas de las administraciones públicas en materia de salud.

CAPÍTULO IV

Órganos de participación

Sección 1.ª El Consejo de Salud

Artículo 41. *Naturaleza.*

1. El Consejo de Salud es el órgano superior de participación comunitaria y consulta del sistema sanitario público de las Illes Balears, adscrito a la consejería competente en materia de sanidad.

2. La composición y el régimen de funcionamiento de este órgano se determina por reglamento, el cual asegura la participación de los entes territoriales de las Illes Balears, de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, de los colegios profesionales de ámbito sanitario y de los representantes de entidades ciudadanas relacionadas con la salud, así como de las asociaciones de consumidores y usuarios.

Artículo 42. *Funciones.*

Corresponde al Consejo de Salud:

a) Asesorar al Gobierno, a la consejería competente en materia de sanidad y al Servicio de Salud de las Illes Balears en relación con el establecimiento y la ejecución de las políticas sanitarias.

b) Emitir informe, cuando así se lo requiera el titular de la consejería competente en materia de sanidad, en relación con los anteproyectos de ley y proyectos de disposiciones reglamentarias, cuyo contenido afecte a las competencias sanitarias.

c) Emitir informe sobre el anteproyecto del Plan de salud de las Illes Balears.

d) Conocer e informar la memoria anual de la consejería competente en materia de sanidad y del Servicio de Salud de las Illes Balears.

e) Formular propuestas y recomendaciones a las autoridades sanitarias, incluidos los órganos de dirección del Servicio de Salud de las Illes Balears, en relación con la salud de la población.

f) Cualquier otra que se le atribuya de acuerdo con la ley.

Sección 2.ª Otros órganos de consulta y participación

Artículo 43. *Consejos de salud de área y de zona.*

Los servicios sanitarios públicos se organizarán de manera que se haga efectiva la participación ciudadana en los consejos de área y de zona de salud, de acuerdo con lo que prevé el título VI de esta ley.

Artículo 44. *Otros órganos de participación.*

Reglamentariamente se podrán prever otros órganos de participación y consulta para ámbitos concretos de la acción sanitaria, determinando su vinculación orgánica y sus funciones administrativas.

TÍTULO III

Competencias de las administraciones públicas

CAPÍTULO I

Competencias del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma

Artículo 45. *Competencias del Gobierno.*

Corresponde al Gobierno de las Illes Balears la superior dirección de la política de salud, el ejercicio de la potestad reglamentaria, la planificación básica en esta materia y el establecimiento de las directrices correspondientes.

Artículo 46. *Competencias de la administración sanitaria de la comunidad autónoma.*

1. La Administración de la comunidad autónoma, de acuerdo con las directrices del Gobierno, ejerce las competencias que tiene atribuidas en materia de sanidad e higiene, asistencia sanitaria, coordinación hospitalaria y ordenación farmacéutica.
2. La consejería competente en materia de sanidad ha de ejercer, de acuerdo con la presente ley, las funciones administrativas que le asigna el ordenamiento jurídico en materia sanitaria.

CAPÍTULO II

Competencias de los entes territoriales

Artículo 47. *Competencias de los consejos insulares.*

1. Corresponde a los consejos insulares el ejercicio de las competencias sanitarias y socio-sanitarias que se les atribuye por ley del Parlamento.
2. De acuerdo con la legislación de régimen local, los consejos insulares prestarán asistencia y cooperación a los municipios para el ejercicio más eficaz de las competencias sanitarias previstas en esta ley.

Artículo 48. *Competencias de los municipios.*

1. Corresponden a los municipios las competencias sanitarias y socio-sanitarias que les atribuye la Ley 14/1986, general de sanidad, y la legislación de régimen local.
2. La comunidad autónoma podrá transferir o delegar a los municipios cualquier función sanitaria en las condiciones previstas en la legislación vigente, con la dotación presupuestaria correspondiente.
3. Para el desarrollo de sus funciones, las corporaciones locales pueden solicitar la colaboración de los recursos sanitarios del área de salud correspondiente.
4. En cuanto al control de la seguridad alimentaria en la venta ambulante o no sedentaria y a los mercados municipales permanentes o temporales, corresponde al municipio ejercer las funciones de control e inspección con carácter general. No obstante, corresponde, en todo caso, a la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears ejercer la potestad sancionadora en esta materia. Cuando sea necesario para el ejercicio de sus funciones o por razones de interés público, corresponde también a la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears la función inspectora en los ámbitos mencionados.

Artículo 49. *Coordinación interadministrativa.*

1. El Gobierno de la comunidad autónoma podrá, por medio de decreto, establecer planes y directrices de coordinación de la actuación de las entidades territoriales de las Illes Balears en materia sanitaria y socio-sanitaria, de acuerdo con las condiciones fijadas en la legislación vigente.
2. La coordinación tendrá que perseguir alguna de las finalidades siguientes:

a) La eficacia de los recursos públicos en situaciones de emergencia sanitaria.
b) La actuación ante problemas graves de salud colectiva.

c) La adopción de medidas de prevención y protección sanitarias en los ámbitos de la seguridad alimenticia y la sanidad ambiental.
d) La lucha contra las enfermedades infecciosas.
e) La gestión adecuada de los residuos sanitarios peligrosos.

TÍTULO IV

La intervención pública en relación con la salud individual y colectiva

Artículo 50. *Actuaciones.*

La administración sanitaria, en el ejercicio de sus competencias, ha de realizar las actuaciones siguientes:

a) Establecer los registros, los métodos de análisis, los sistemas de información y las estadísticas necesarias para el conocimiento de las diferentes situaciones de salud de las cuales se puedan derivar acciones de intervención.
b) Establecer autorizaciones sanitarias y someter al régimen de registro, cuando proceda, a los profesionales, a las empresas y a los productos.
c) Exigir autorización administrativa para la creación, el funcionamiento y las modificaciones de los centros y los servicios sanitarios.
d) Controlar e inspeccionar las condiciones higiénico-sanitarias de funcionamiento de las actividades, los locales y los edificios de convivencia pública o colectiva, como también del medio en el que se desarrolla la vida humana.
e) Controlar e inspeccionar las actividades alimentarias.
f) Ordenar el ejercicio de la política sanitaria mortuoria.
g) Controlar e inspeccionar los centros y los servicios sanitarios asistenciales, así como sus actividades de promoción y publicidad, especialmente la publicidad médico-sanitaria.

Artículo 51. *Actuaciones de control sanitario.*

1. La administración sanitaria en el ejercicio de sus competencias ha de realizar las siguientes actuaciones:

a) Establecer limitaciones preventivas de carácter administrativo respecto de aquellas actividades públicas o privadas que, directamente o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud.
b) Establecer requisitos mínimos y prohibiciones para el uso y tráfico de bienes y productos cuando impliquen un riesgo o daño para la salud.
c) Adoptar las medidas correspondientes de intervención provisionales ante situaciones de riesgo para la salud colectiva, sin perjuicio de las indemnizaciones procedentes.

2. Las medidas y las actuaciones previstas en el apartado anterior que se ordenen con carácter obligatorio y de urgencia o necesidad, se han de adaptar 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.

CAPÍTULO I

La función inspectora

Artículo 52. *Funciones de inspección.*

1. La administración sanitaria, en el ejercicio de la función inspectora:

a) Controla el cumplimiento de la normativa sanitaria.
b) Verifica los hechos objeto de queja, reclamación o denuncia de los particulares en materia de salud.
c) Supervisa la aplicación de las subvenciones y ayudas en materia sanitaria.
d) Informa y asesora sobre los requisitos sanitarios establecidos para el ejercicio de determinadas actividades.

e) Desarrolla cualquier otra función que, en relación con su finalidad institucional, se le atribuya por ley o reglamento.

2. Las actas y diligencias cumplimentadas por el personal que ejerce las funciones de control e inspección, formalizadas de acuerdo con los requisitos legales pertinentes, tienen la consideración de documento público y hacen prueba, excepto acreditación o prueba en contra, de los hechos contenidos en éstas.

Artículo 53. *Los servicios de inspección.*

1. Las funciones establecidas en el artículo anterior las ejercen los funcionarios integrantes de los servicios de inspección de las administraciones competentes.
2. Los inspectores sanitarios tienen la condición de agentes de la autoridad a todos los efectos.
3. El personal que lleva a cabo funciones de inspección, cuando las ejerza y acredite, si es necesario, su identidad, está facultado para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación en todo centro o establecimiento sujeto al ámbito de la presente ley.
b) Proceder a las pruebas, las investigaciones o los exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de la normativa vigente.
c) Sacar o tomar muestras para la comprobación del cumplimiento de las disposiciones aplicables y realizar todas las actuaciones que sean necesarias para comprobar el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente.
d) Adoptar las medidas cautelares necesarias a fin de evitar perjuicios para la salud en los casos de urgente necesidad. En este supuesto el personal encargado de la inspección ha de dar cuenta inmediata de las medidas adoptadas a las autoridades sanitarias competentes, que las han de ratificar.
e) Realizar todas las actuaciones que sean necesarias para el correcto ejercicio de las funciones de inspección y, especialmente, formular requerimientos específicos con el objeto de eliminar riesgos sanitarios para la salud pública.

4. Como consecuencia de las actuaciones de inspección y con la audiencia previa del interesado, las autoridades sanitarias competentes pueden ordenar la suspensión provisional, la prohibición de actividades y la clausura definitiva de centros y establecimientos, por requerirlo la protección de la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación o funcionamiento.

CAPÍTULO II

La potestad sancionadora

Artículo 54. *Régimen de infracciones.*

1. Constituyen infracciones sanitarias administrativas las acciones u omisiones tipificadas como tales en esta ley, siempre que no sean constitutivas de delito.
2. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves.

Artículo 55. *Infracciones leves.*

Son infracciones leves:

a) Las simples irregularidades en el cumplimiento de los deberes establecidos en esta ley o en las normas de desarrollo, cuando no tengan repercusión grave para la salud de las personas o para los derechos legítimos de éstas.
b) La falta de observación de las prescripciones contenidas en esta ley y de las disposiciones que la desarrollan, cometida por simple negligencia y sin intencionalidad, siempre que la alteración o el riesgo sanitario producidos fuesen de poca entidad.
c) Las conductas tipificadas como faltas graves, en las que concurran circunstancias atenuantes y siempre que no hayan producido daños a la salud.

Artículo 56. *Infracciones graves.*

Son infracciones graves:

a) Las acciones deliberadamente contrarias a los derechos reconocidos en esta ley o en las normas de desarrollo siempre que no se califiquen de muy graves.
b) Aquellas que se produzcan por ausencia de controles y precauciones exigibles en la actividad, la instalación o el servicio.
c) El incumplimiento de los requerimientos específicos formulados por las autoridades sanitarias cuando sea la primera vez.
d) La realización de actuaciones que afecten gravemente a la salud ambiental y que tengan una repercusión negativa.
e) El suministro de datos falsos o fraudulentos a las autoridades sanitarias o a la inspección sanitaria.
f) La negativa, la obstrucción o la resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a la inspección sanitaria.
g) La apertura de un centro sanitario o socio-sanitario o la modificación de su capacidad asistencial, sin autorización administrativa, pero que cumple los requisitos establecidos en las normas sanitarias.
h) La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos doce meses.
i) Las infracciones concurrentes con otras faltas leves o que hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

Artículo 57. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves:

a) Las acciones intencionadamente contrarias a los derechos reconocidos en esta ley o en las normas de desarrollo que conlleven un daño notorio para la salud.
b) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos formulados por las autoridades sanitarias y la inspección de sanidad, con el objeto de hacer cumplir la ley.
c) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección.
d) La represalia, la coacción, la amenaza o cualquier otra clase de presión hecha a la autoridad sanitaria o a sus agentes, siempre que no sea calificada como delito o falta penal.
e) La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.
f) La apertura, el traslado o el cierre de un centro, servicio o establecimiento sanitario o socio-sanitario, o la modificación de su capacidad asistencial, sin haber obtenido la autorización administrativa sanitaria y que no cuente con los requisitos exigidos en las normas sanitarias.
g) Las que, en razón de los elementos contemplados en el presente capítulo, merezcan la calificación de muy graves o no proceda la calificación como faltas graves o leves.

Artículo 58. *Responsabilidad.*

1. Son responsables de las infracciones las personas físicas o jurídicas que sean autoras de las conductas u omisiones descritas en este título.
2. La responsabilidad puede exigirse también a los sujetos que, sin tener la consideración de autores, tienen el deber de prevenir la infracción cuando no han adoptado las medidas necesarias para evitar la comisión de la infracción.

Artículo 59. *Régimen de sanciones.*

1. A las infracciones establecidas en este título corresponden las sanciones siguientes:

a) A las infracciones leves, amonestación escrita o multa de entre cien y seis mil euros.
b) A las infracciones graves, multa de entre seis mil uno y sesenta mil euros.
c) Las infracciones muy graves han de ser sancionadas con multas de entre sesenta mil uno y un millón de euros. Éstas podrán llegar al quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de las infracciones.

2. Además de las sanciones previstas en el apartado anterior, por la comisión de infracciones graves y muy graves podrán imponerse todas o alguna de las sanciones siguientes:

a) Suspensión de las actividades profesionales o empresariales por un período comprendido entre uno y quince meses.
b) Clausura de centros, servicios, instalaciones y establecimientos por un período máximo de cinco años.
c) Inhabilitación para ser beneficiario de subvenciones y ayudas de la administración sanitaria por un período comprendido entre uno y cinco años.

Artículo 60. *Criterios de graduación de las sanciones.*

Las sanciones establecidas en el artículo anterior se han de imponer, preferentemente, en grado mínimo si no concurre ninguna de las circunstancias mencionadas a continuación, en grado medio si concurre una de las circunstancias y en grado máximo si concurren dos o más circunstancias de las siguientes:

a) Daño o perjuicio causado a la salud pública.
b) Negligencia grave en la conducta infractora.
c) Reiteración en la conducta infractora.
d) Menosprecio manifiesto de los derechos reconocidos en esta ley.
e) Falta de colaboración en la reparación de la situación fáctica alterada.
f) La generalización de la infracción de manera que afecte a un colectivo.

Artículo 61. *Prescripción de infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones establecidas en esta ley prescriben:

a) Las leves al año.
b) Las graves a los dos años.
c) Las muy graves a los cinco años.

2. Las infracciones impuestas de acuerdo con esta ley prescriben:

a) Las leves a los seis meses.
b) Las graves al año.
c) Las muy graves a los tres años.

Artículo 62. *Medidas cautelares.*

El órgano competente para iniciar el procedimiento sancionador podrá adoptar en cualquier momento medidas cautelares, a fin de asegurar el cumplimiento de la resolución definitiva que haya de dictarse. En todo caso podrá decidir:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.
b) La clausura de centros, servicios, instalaciones y establecimientos.
c) La exigencia de fianzas o cauciones en garantía del cumplimiento de previsibles sanciones.

Artículo 63. *Documentación de los procedimientos.*

Los expedientes y, en general, la documentación de los procedimientos de inspección y sancionadores, instruidos al amparo de esta ley, tendrán que conservarse íntegramente en las dependencias oficiales, como mínimo durante diez años, a contar desde la fecha de inicio del procedimiento.

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.

TÍTULO VI

Ordenación territorial sanitaria

Artículo 86. *Principios de la ordenación territorial.*

El Servicio de Salud se organiza territorialmente en áreas de salud, sectores sanitarios y zonas básicas de salud.

CAPÍTULO I

Áreas y sectores de salud

Artículo 87. *Naturaleza del área de salud.*

1. El área de salud es la división territorial fundamental del Servicio de Salud y constituye el marco de referencia para el desarrollo de programas de la salud y prevención de las enfermedades, la gestión de los centros y servicios sanitarios, y la aplicación de las prestaciones del sistema. Además, se configura como el ámbito de referencia para la financiación de las actuaciones sanitarias que se desarrollan.
2. La aprobación y la modificación de los límites de las áreas de salud se lleva a cabo por decreto del Gobierno, previo informe del Consejo General del Servicio de Salud y habiendo oído al Consejo de Salud.
3. Cada área de salud debe disponer, como mínimo, de un hospital público.

Artículo 88. *Objetivos.*

En el marco de los fines asignados al Servicio de Salud, la actividad en las áreas de salud ha de estar orientada a asegurar:

a) Una organización funcional dirigida al servicio del usuario.
b) La participación de los ciudadanos en las actuaciones y los 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 adecuada continuidad entre la atención primaria y la atención especializada y hospitalaria.

e) El acercamiento y accesibilidad de los servicios a toda la población.

f) La gestión de los recursos económicos asignados a ésta con criterios de economía, de racionalidad y eficiencia.

g) La gestión integral de los niveles asistenciales.

Artículo 89. *Estructura.*

1. Las áreas de salud podrán estructurarse como órganos desconcentrados del Servicio de Salud y organizarse de acuerdo con los estatutos, que deberán prever, como mínimo, los órganos de participación, de dirección y de gestión de las áreas.

2. Las circunstancias singulares y de doble insularidad de la isla de Formentera serán consideradas por la administración sanitaria en la planificación y gestión de la asistencia sanitaria.

3. Las áreas de salud se pueden organizar territorialmente en sectores sanitarios, que constituirán estructuras funcionales para la coordinación de los recursos sanitarios de las zonas básicas de salud.

4. Reglamentariamente se determinará la composición y el funcionamiento de los órganos de gestión y participación de las áreas y los sectores.

CAPÍTULO II

Zonas básicas de salud

Artículo 90. *Zonas básicas de salud.*

1. La zona básica de salud es el marco territorial y poblacional fundamental para la ordenación de los servicios de atención primaria. Da apoyo a la atención sanitaria que presta el equipo de atención primaria y posibilita el desarrollo de una atención integral encaminada a la promoción de la salud, tanto individual como colectiva, a la prevención, a la curación y a la rehabilitación.

2. Corresponde al Gobierno mediante decreto, con informe previo del Consejo General del Servicio de Salud y habiendo oído al Consejo de Salud, la delimitación de las zonas atendidos los factores geográficos, demográficos, sociales, epidemiológicos, de vías de comunicación y de recursos sanitarios.

3. En cada zona se determinará el municipio principal de acuerdo con los criterios del apartado anterior.

Artículo 91. *Centros de salud.*

1. Los centros de salud son la estructura física y funcional donde se desarrollan las actividades propias de la atención primaria en los ámbitos de promoción, prevención, atención curativa, rehabilitación y reinserción social, así como el de la participación comunitaria.

2. Cada una de las zonas básicas de salud debe contar con uno de estos centros, que se han de ubicar preferentemente en los municipios que sean cabecera de zona.

3. El centro de salud, como institución sanitaria:

a) Asume la gestión de los recursos correspondientes en el ámbito de actuación en el que opera.

b) Coordina los servicios que dependen de él.

Disposición adicional primera.

Las referencias al organismo Servicio Balear de la Salud que se contienen en el ordenamiento jurídico se han de entender referidas al Servicio de Salud de las Illes Balears.

Disposición adicional segunda.

1. Corresponde al Servicio de Salud de las Illes Balears el ejercicio de las competencias de gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en el marco de lo que dispone el Real Decreto 1478/2001, de 29 de diciembre, de traspaso a la comunidad autónoma de funciones y de servicios del INSALUD, y en los términos establecidos por el Gobierno de las Illes Balears.

2. Los bienes, los derechos, los servicios y el personal dependiente de las entidades gestoras de la Seguridad Social objeto del traspaso de funciones y servicios, se adscriben al Servicio de Salud.

Disposición adicional tercera.

1. La Tesorería General de la comunidad autónoma tiene a su cargo la función de tesorería de los ingresos y pagos del Servicio de Salud y los centraliza sea cual sea su procedencia.

2. **(Derogado).**

Disposición adicional cuarta.

En el plazo de seis meses, a contar desde la entrada en vigor de la ley, el Gobierno presentará al Parlamento un proyecto de ley regulador del estatuto del personal sanitario que contemple de una forma homogénea la regulación del personal sanitario propio y del transferido.

Disposición adicional quinta.

El Servicio de Salud de las Illes Balears adoptará las medidas necesarias para la normalización del uso de la lengua catalana en los centros y servicios que de él dependen.

Disposición adicional sexta.

1. En todos los centros asistenciales de carácter privado, la información escrita al usuario sobre los servicios y las prestaciones sanitarias deberá figurar, como mínimo, en lengua catalana.

2. Asimismo, estos centros deberán estar en condiciones de ofrecer, igualmente en lengua catalana, esta información verbalmente.

Estos deberes mencionados, serán exigibles a partir de los seis meses a contar desde la entrada en vigor de esta ley.

Disposición adicional séptima.

Se modifica el punto séptimo de la disposición adicional primera de la Ley 2/1989, de 22 de febrero, de la función pública de la comunidad autónoma de las Illes Balears, en el sentido de añadir el siguiente párrafo:

«Se crea la escala de abogados del Servicio de Salud de las Illes Balears, que se integra en el cuerpo superior de abogados de la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears.»

Disposición adicional octava.

1. Las contraprestaciones en concepto de precios por la prestación de servicios sanitarios a terceras personas obligadas al pago o a usuarios sin derecho a asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en cualquier centro de la red sanitaria pública, tendrán el carácter de ingresos de derecho público y gozarán de las prerrogativas para su cobro que a estos efectos dispone el artículo 16 del texto refundido de la Ley de finanzas de la comunidad autónoma de las Illes Balears, aprobado por el Decreto Legislativo 1/2005, de 24 de junio.

2. La regulación de estos precios se efectuará mediante orden del consejero de Salud y Consumo, que fijará su régimen jurídico.

3. El establecimiento y la modificación de los precios públicos se efectuarán por resolución del director general del Servicio de Salud de las Illes Balears, o del órgano de dirección que se determine según lo dispuesto en el artículo 69 de esta ley, previa autorización del consejero de Salud y Consumo.

Disposición adicional novena.

Todas las referencias legales o reglamentarias referidas al director general u órgano directivo del Servicio de Salud se deben entender referidas a los titulares de los órganos que, en cada caso, asumen las competencias de conformidad con lo dispuesto en esta Ley. En caso de que la competencia no esté atribuida expresamente a ningún órgano, corresponde a la presidencia del Servicio de Salud de las Illes Balears.

Disposición adicional décima. *Exención del requisito de nacionalidad en los procesos selectivos de personal estatutario temporal del Servicio de Salud de las Illes Balears.*

De acuerdo con la habilitación que confiere el apartado 5 del artículo 57 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, en relación con lo que establece el párrafo a) del apartado 5 del artículo 30 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, se puede eximir del requisito de nacionalidad en los procesos selectivos de personal estatutario temporal del Servicio de Salud de las Illes Balears de las categorías profesionales de licenciado sanitario o grado equivalente. La exención se articulará a través de las convocatorias respectivas.

Disposición adicional decimoprimera.

1. El régimen retributivo que regula la disposición adicional segunda del Decreto ley 9/2012, de 20 de julio, de medidas para la reorganización del Servicio de Salud de las Illes Balears, también resulta de aplicación a los órganos directivos y al personal directivo profesional de los entes instrumentales adscritos al Servicio de Salud de las Illes Balears.

2. De acuerdo con lo anterior, el personal del Servicio de Salud de las Illes Balears y de los entes instrumentales adscritos que haya accedido a un puesto de alto cargo, de órgano directivo o de personal directivo profesional dentro de los citados entes, puede optar entre percibir el importe de las retribuciones correspondientes a su puesto como empleado público o las del nuevo cargo al que accede, desde el momento en que haya sido nombrado. Independientemente del momento de la elección, los efectos económicos deben retrotraerse a la fecha del nombramiento, excepto si se opta por una fecha posterior.

3. El importe correspondiente a la diferencia de retribuciones debe percibirse en un concepto retributivo separado y ha de incluir todas las retribuciones básicas y las retribuciones complementarias. Para determinar el importe correspondiente a las retribuciones complementarias de carácter variable hay que atenerse al resultado de la media aritmética de la cantidad percibida por este concepto en el período de los doce meses inmediatamente anteriores al ejercicio de la opción a la que hace referencia el apartado 2 anterior.

Disposición transitoria primera. *Régimen transitorio del Consejo de Dirección.*

Hasta que las fundaciones públicas sanitarias y la entidad de derecho público Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) se integren en el Servicio de Salud de las Illes Balears, habrá un representante de cada una de ellas en el Consejo de Dirección

Disposición transitoria segunda.

Los derechos establecidos en las letras c) y d) del artículo quinto de esta ley, sólo serán exigibles una vez transcurridos seis meses desde la entrada en vigor de ésta.

Disposición transitoria tercera.

Mientras no se produzca la integración de los letrados del INSALUD transferidos a la comunidad autónoma en la escala que se crea en la disposición adicional séptima, la

representación y la defensa en juicio del Servicio de la Salud de las Illes Balears podrá ser ejercida por los letrados mencionados.

Disposición transitoria cuarta.

(Derogada).

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan lo que se establece en la presente ley y, en particular, la Ley 4/1992, de 15 de julio, del Servicio Balear de la Salud.

Disposición final.

1. Se faculta al Gobierno de las Illes Balears para dictar las disposiciones necesarias en ejecución y desarrollo de esta ley.
2. Esta ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Butlletí Oficial de les Illes Balears.

§ 26

Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears

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

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

I

El derecho a la protección de la salud se halla reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 como uno de los principios rectores de la política social y económica, cuyo reconocimiento, respeto y protección han de informar la legislación positiva y la actuación de los poderes públicos. La Carta Magna atribuye a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública mediante las medidas preventivas, las prestaciones y los servicios necesarios.

La salud pública se define como el conjunto organizado de actuaciones de las administraciones públicas y de la sociedad dirigido a vigilar, promover y proteger la salud de las personas en la esfera individual y colectiva y prevenir la enfermedad, mediante la movilización y la optimización de todos los recursos humanos y materiales. La salud pública también ha de ser entendida como la salud de la población en su conjunto y de su calidad de vida.

La protección de la salud pública en España tiene un hito importante con aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, con la que se aborda la labor de la reforma sanitaria. Con esta norma se establecen las bases de un sistema sanitario homogéneo y uniforme y se evitan las duplicidades de estructuras y la fragmentación y la dispersión de actuaciones que habían caracterizado el período anterior. La Ley general de sanidad incluye, entre las finalidades del Sistema Nacional de Salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, incluye dentro del catálogo de prestaciones de este sistema las prestaciones de salud pública, que define como el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población.

Afirma que la salud pública es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y a la mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. Establece que estas prestaciones deben ejercerse con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

II

En el ámbito de las Illes Balears, el artículo 30.48 del Estatuto de Autonomía atribuye a la comunidad autónoma la competencia exclusiva para la organización, el funcionamiento y el control de los centros sanitarios públicos y de los servicios de salud, la planificación de los recursos sanitarios, la coordinación de la sanidad privada con el sistema sanitario público, la promoción de la salud en todos los ámbitos, en el marco de las bases y la coordinación general de la sanidad. Por otra parte, el artículo 31 establece que corresponde a la comunidad autónoma, en el marco de la legislación básica del estado, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de salud y sanidad. Este desarrollo se realizó por la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, que pretende, tal y como establece su exposición de motivos, recoger en una norma de rango legal todas las acciones relacionadas con la salud de los ciudadanos, de manera integral e integrada, comenzando por la formulación de los derechos de los usuarios ante los procesos asistenciales en el área sanitaria, para continuar con la ordenación de los recursos sanitarios de las Illes Balears y finalizar con las acciones del Sistema Sanitario Público.

En el título II de la Ley de salud se establecen las actuaciones de protección de la salud pública, que incluyen, entre otros, la protección de la salud, en especial el control de los factores medioambientales, y su seguimiento, y la evaluación de los riesgos para la salud de las personas, así como la promoción de la salud, la educación para la salud y la prevención de enfermedades. Asimismo, se regula el Plan de Salud de las Illes Balears como instrumento estratégico principal de planificación y coordinación sanitaria. Se establece que este plan se basa en una orientación positiva del concepto de salud, formula objetivos de mejora de la salud y de disminución de riesgos y ha de definir las intervenciones y las acciones prioritarias para afrontar las necesidades detectadas. A través del Plan de Salud se movilizan y responsabilizan los diversos ámbitos de gobierno para la mejora de los niveles de salud a través de la actuación sobre sus principales determinantes, tanto estructurales como de estilos de vida.

III

Por su parte, la Comisión Europea adoptó, el 23 de octubre de 2007, una nueva estrategia sanitaria basada en cuatro principios y en tres temas estratégicos para mejorar la salud. Los principios son una sanidad de calidad y sostenible, el reconocimiento de la relación entre la salud y la prosperidad económica, la integración de la salud en todas las políticas y la mayor presencia de la Unión Europea en los encuentros mundiales sobre sanidad. Los temas estratégicos son el fomento de la salud en una Europa envejecida, la protección de los ciudadanos ante amenazas sanitarias, unos sistemas sanitarios dinámicos y las nuevas tecnologías.

Esta estrategia tiene en cuenta las circunstancias del mundo actual, que se caracteriza por la existencia de unas sociedades complejas, a la vez fragmentadas y globalizadas, y por la transversalidad de los problemas de salud pública, que traspasan fronteras y tienen causas y consecuencias que afectan a diversos sectores. Por ello se hace necesario establecer unos mecanismos de cooperación que nos permitan planificar estrategias integrales de resolución de conflictos.

Hoy en día, la salud pública ya no puede reducirse a los conceptos de higiene y salubridad. Tampoco es suficiente enfocar la salud pública sólo hacia los estilos de vida y al comportamiento individual. La salud pública del siglo XXI se integra dentro de una perspectiva más global que tiene en cuenta los diversos condicionantes que pueden influir en la salud de las personas y de la comunidad. El nivel de salud y la calidad de vida de las personas y de las poblaciones se hallan determinados y condicionados por diversos factores sobre los cuales los poderes públicos tienen el deber de actuar. Son los determinantes de

salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Estos factores son múltiples y se hallan interrelacionados, y no todos ellos son modificables.

Asimismo debe tenerse en cuenta que la política sanitaria no es la única política determinante en materia de salud. También son determinantes otras políticas como las medioambientales, laborales, sociales, turísticas y alimentarias. Por ello es importante generar sinergias entre todos los sectores primordiales para la salud, y reforzar la obligación de todas las administraciones cuyas actuaciones pueden incidir en materia de salud, de cooperar para la consecución de los objetivos comunes.

Estos factores, el contexto territorial y social actual, la incidencia de la actuación de los poderes públicos sobre los determinantes de salud y la integración de todas las políticas sectoriales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, conforman el horizonte en el que deben incardinarse las actuaciones, las prestaciones y los servicios que prevé esta ley.

La presente ley persigue orientar la salud pública hacia la gestión basada en determinantes de salud que en nuestra sociedad, en el momento actual, son la salud laboral, la seguridad alimentaria, la salud ambiental, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, las condiciones de vida (con especial referencia a la infancia, la vejez y la adolescencia y a grupos especialmente vulnerables), las adicciones, la alimentación y la actividad física, la salud de los usuarios de productos y servicios y los aspectos ligados a la genética. Se prevé que su abordaje se desarrolle reglamentariamente.

IV

La presente ley se estructura en nueve títulos, cada uno de los cuales hace referencia a un aspecto relevante de la ley.

El título I establece las disposiciones generales, que incluyen el objeto y el ámbito de aplicación de la ley, las definiciones de los conceptos más importantes, los principios rectores y las funciones de la salud pública, así como la planificación de las políticas de salud a través del Plan de Salud de las Illes Balears y de los planes y programas que las complementan. Destaca la importancia de la planificación de la salud pública, teniendo en cuenta que el conjunto de las administraciones públicas realizan actuaciones que pueden incidir directa o indirectamente en la salud. Se trata, por tanto, de coordinar estas actuaciones con la finalidad de evitar duplicidades, disfuncionalidades y lagunas, partiendo siempre desde una concepción integral de la salud y de la colaboración con el conjunto de la sociedad.

El título II define y enuncia las prestaciones en materia de salud pública, como actividades dirigidas a fomentar, proteger y promover la salud.

El título III se refiere a la cartera de servicios de salud pública, aprobada por decreto del Consejo de Gobierno, a través de la cual se hacen efectivas las prestaciones de salud pública. Ha de actualizarse de forma permanente, y requiere un dinamismo que permite responder a las necesidades de la situación actual y adaptarse a los cambios que experimenta la realidad social.

El título IV regula el sistema de información en salud pública, como un sistema organizado de información sanitaria, orientado a la vigilancia y a la acción en salud pública, que debe ofrecer una información sobre la salud de la población, su actitud hacia la salud, la enfermedad y los sistemas sanitarios, a través de unos indicadores sobre los que existe consenso a nivel nacional e internacional para que sea posible comparar la información de los diversos países, teniendo en cuenta la gran movilidad de los problemas y también de las soluciones en materia de salud de una parte a otra del mundo. Es un sistema fundamental para la adopción de decisiones y la garantía de la calidad, así como una fuente de información fundamental para obtener datos agregados a nivel supracomunitario.

El título V se refiere al sistema de formación, investigación e innovación en salud pública, como una actividad esencial del sistema sanitario de la comunidad autónoma de las Illes Balears y describe sus actividades y la necesidad de colaboración de todas las personas y entidades en esta materia.

El título VI define las competencias de las administraciones en materia de salud pública, teniendo en cuenta el ámbito competencial de la Administración de la comunidad autónoma, de los consejos insulares y de los ayuntamientos.

El título VII crea la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears. Este título se divide en cuatro capítulos. El primero establece la naturaleza, el régimen jurídico, las finalidades y las competencias, así como las formas de gestión de la misma. El segundo capítulo establece su estructura, crea un consejo rector como un órgano superior colegiado y una dirección ejecutiva como órgano unipersonal. Se prevén, además, los centros insulares y unos consejos sectoriales de carácter abierto, flexible y dinámico, que reflejan la participación de la sociedad, cuya regulación ha de hacerse por norma reglamentaria. El capítulo III establece el régimen económico, presupuestario, contable y patrimonial, que pretende dotar a la agencia de los medios y de la agilidad necesarios en el funcionamiento para el adecuado desarrollo de sus competencias. El capítulo IV se refiere a los recursos humanos de la agencia, destaca la importancia de la profesionalización de las personas que prestan sus servicios en ella y la necesidad de formación permanente. El capitulo V se refiere a la seguridad alimentaria.

El título VIII se refiere a la intervención administrativa en materia de salud pública, concede especial importancia a la responsabilidad y al autocontrol, y somete las actuaciones de los poderes públicos a unos principios informadores, con preferencia a la colaboración de los ciudadanos con la administración. Asimismo, se establecen los órganos que tienen la condición de autoridad sanitaria y las funciones de sus agentes, y también las medidas cautelares que pueden adoptarse para la protección de la salud pública.

Finalmente, el título IX establece el régimen sancionador, tipifica y califica las infracciones y establece las sanciones correspondientes y su graduación, así como las normas básicas en materia de procedimiento y competencia.

TÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

La presente ley tiene por objeto la regulación de las actuaciones, de las prestaciones y de los servicios en materia de salud pública que se desarrollan en el ámbito territorial de la comunidad autónoma de las Illes Balears y garantiza una adecuada coordinación y cooperación entre las diversas administraciones públicas implicadas, de acuerdo con los artículos 43 y concordantes de la Constitución Española, en ejercicio de las competencias estatutaria y legalmente atribuidas.

Artículo 2. *Definiciones.*

A los efectos de esta ley se entiende por:

a) Salud pública: El conjunto organizado de actuaciones de las administraciones públicas y de la sociedad dirigido a vigilar, promover y proteger la salud de las personas en la esfera individual y colectiva y prevenir la enfermedad, mediante la movilización y la optimización de todos los recursos humanos y materiales.

b) Determinantes de salud: El conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

c) Equidad en salud: La distribución de las oportunidades para el bienestar de acuerdo con las necesidades de las personas.

d) Participación para la salud: El fomento de las relaciones y los vínculos entre los organismos, las personas y los agentes de la sociedad civil que pueden facilitar el acceso o la movilización del apoyo social a favor de la salud.

e) Promoción de la salud: El conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados al fomento de la salud individual y colectiva mediante las intervenciones adecuadas en materia de información, de comunicación, de educación sanitaria y de actuación sobre los determinantes de salud, que permiten a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

f) Protección de la salud: El conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a preservar la salud de la población ante los agentes físicos, químicos y biológicos.

g) Seguridad alimentaria: El conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a proteger la salud de la población y a velar por la inocuidad y la salubridad de los productos alimentarios.

h) Prevención de la enfermedad: El conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a reducir la incidencia de enfermedades, así como a reducir sus factores de riesgo, mediante acciones individuales y colectivas de vacunación, inmunización pasiva, consejo, cribado y tratamiento precoz, entre otros.

i) Vigilancia de la salud pública: El conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir los datos relativos a los determinantes de salud, los seres vivos, los alimentos, los productos, las actividades y los servicios, y también el estado de salud de las personas consideradas colectivamente, con el objetivo de controlar las enfermedades y los problemas de salud.

j) Salud laboral: El conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios orientados a promover, vigilar y proteger la salud individual y colectiva de los trabajadores.

k) Análisis del riesgo: El proceso integrado por tres elementos interrelacionados: la evaluación, la gestión y la comunicación del riesgo.

l) Evaluación del riesgo: El proceso con fundamento científico formado por cuatro etapas que comportan la identificación del factor de peligro, su caracterización, la determinación de la exposición y la caracterización del riesgo.

m) Gestión del riesgo: Las actuaciones destinadas a evitar o minimizar un riesgo para la salud. Este proceso consiste en sopesar las alternativas, teniendo en cuenta la evaluación del riesgo y otros factores pertinentes, y comprende, en su caso, la selección y la aplicación de las medidas de prevención y de control más adecuadas, además de las reglamentarias.

n) Comunicación del riesgo: El intercambio interactivo, a lo largo del proceso de evaluación y de gestión del riesgo, de información y de opiniones relacionadas con los peligros y los riesgos, entre las personas físicas o jurídicas encargadas de la evaluación y las encargadas de la gestión, los consumidores, los representantes de la industria, la comunidad académica y el resto de partes interesadas. La comunicación comprende la explicación de los resultados de la evaluación del riesgo y de los fundamentos de las decisiones tomadas en el marco de la gestión del riesgo.

o) Principio de precaución: El principio que habilita a la administración sanitaria para adoptar medidas provisionales de gestión del riesgo para asegurar la protección de la salud y la prevención de la enfermedad cuando, después de haber evaluado la información disponible, se prevé la posibilidad de que se produzcan efectos nocivos para la salud humana por alguna causa que no permita determinar el riesgo con certeza, aunque haya incerteza científica y mientras no se disponga de información adicional que permita una evaluación del riesgo más exhaustiva.

p) Evaluación del impacto en salud: La combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de los cuales una política, un programa o un proyecto puede ser valorado, de acuerdo con sus efectos potenciales sobre la salud de una población, y la distribución de estos efectos en la mencionada población.

q) Autocontrol: Conjunto de obligaciones, métodos y procedimientos de las personas físicas y jurídicas en el ámbito de aplicación de esta ley con el objetivo de garantizar la inocuidad y la salubridad de los productos, las actividades y los servicios que desarrollen.

r) Control sanitario: Conjunto de actuaciones de las administraciones sanitarias, en la gestión del riesgo, que tienen la finalidad de comprobar la adecuación a las normas de prevención de riesgo para la salud de la población, de los seres vivos, los alimentos, el agua, el medio, los productos, las actividades y los servicios en el ámbito de esta ley.

s) Riesgo: Probabilidad de un efecto nocivo para la salud y su gravedad como consecuencia de un peligro.

t) Autoridad sanitaria: Órgano que tiene la competencia para aplicar la normativa vigente en materia de salud pública que obligue a los particulares, los colectivos i/o las instituciones, en virtud de la cual puede limitar derechos individuales o colectivos en beneficio de los derechos de la comunidad.

u) Trazabilidad: procedimiento preestablecido que permite reconstruir el origen de los componentes de un producto concreto o de un lote de productos, su historia en los procesos de producción que se les hayan aplicado, la distribución y la localización.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Las actuaciones, las prestaciones y los servicios en materia de salud pública son un derecho individual y social que los poderes públicos han de garantizar y mantener de acuerdo con los siguientes principios:

a) Universalidad de las prestaciones de salud pública, como derecho individual y social que los poderes públicos han de garantizar.

b) Equidad en salud y superación de las desigualdades territoriales, sociales, culturales y de género, favoreciendo a los colectivos más desprotegidos.

c) Concepción integral de la salud, atendiendo al impacto que políticas no sanitarias pueden tener sobre la salud y la equidad en salud.

d) Descentralización y desconcentración de la gestión de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de salud pública, con la finalidad de aproximarlos al ciudadano.

e) Coordinación y cooperación interdepartamental con el resto de administraciones públicas competentes.

f) Cooperación y coordinación intersectorial como elemento de cohesión de las políticas de todos los sectores con responsabilidad en la salud pública, con la finalidad de conseguir resultados de salud más eficaces, eficientes o sostenibles.

g) Respeto y promoción de la abogacía para la salud desarrollada en el ámbito de nuestra comunidad autónoma, como la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo para un determinado objetivo o programa de salud.

h) Comunicación para la salud. La estrategia destinada a informar a la población sobre los aspectos relativos a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública y aumentar la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo de la persona. La comunicación ágil y transparente a los ciudadanos, sin perjuicio de la obligación de las autoridades sanitarias de preservar la confidencialidad de datos personales en los términos establecidos en la legislación específica que resulta de aplicación.

i) El fomento de la responsabilidad social para la salud y el autocontrol en materia de salud pública que ha de guiar las acciones de los responsables de la adopción de decisiones, tanto del sector público como del privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud y, en concreto, el autocontrol en materia de salud pública.

j) El fomento de los entornos que refuerzan la salud, que ofrecen a las personas protección ante las amenazas que pueden surgir, y les permite ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto de la salud. Incluyen los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los lugares de trabajo y ocio, así como el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su apoderamiento.

k) Derecho a la participación ciudadana en el asesoramiento, la consulta, la supervisión y el seguimiento de las políticas de salud pública.

l) Derecho de los ciudadanos a la educación en materia de salud pública.

m) Derecho de los ciudadanos a la información y a la comunicación transparente, y a la rendición de cuentas por parte de los gestores en materia de salud pública, a la racionalización, a la eficacia, a la eficiencia y a la sostenibilidad en la organización, el fomento y la mejora de la calidad de las actuaciones, las prestaciones y los servicios de salud pública, así como a la permanente evaluación y a la rendición de cuentas por parte de los gestores en materia de salud pública.

n) El fomento de la formación y la competencia de los profesionales, de la investigación, de la innovación y de la evaluación en el ámbito de la salud pública.

o) La determinación de las políticas de salud pública en base a la evidencia científica y al análisis del riesgo.

p) La gestión del riesgo en materia de salud pública en base a la evidencia científica y a los principios de precaución y transparencia.

q) Interacción, desde el hecho insular, con todos los ámbitos extraterritoriales que determinan e interactuan globalmente en la salud pública.
r) Aplicación del principio de precaución.
s) El ejercicio de la autoridad sanitaria para la protección de la salud pública.
t) La planificación de las actuaciones y prestaciones de salud pública, de acuerdo con el conocimiento del estado de salud de la población de sus determinantes y de la valoración que se realice de sus necesidades.

Artículo 4. *Funciones de la salud pública.*

Las funciones esenciales de la salud pública son las siguientes:

a) Conocer y evaluar el estado de salud de la población para valorar sus necesidades en este ámbito, lo cual incluye comprender y medir los determinantes de la salud y del bienestar.
b) Desarrollar políticas de salud pública y garantizar la prestación de sus servicios.
c) Promover interrelaciones con todas las otras políticas de manera que se potencie la mejora de la salud.
d) Promover la orientación de los servicios sanitarios asistenciales hacia los objetivos de salud pública, mediante el desarrollo de acciones de provisión de información con finalidades de vigilancia aplicada en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y garantizar la cooperación entre los servicios asistenciales y los servicios específicos de salud pública.
e) Fomentar la participación social y reforzar el conocimiento y el control de los ciudadanos sobre su salud.

Artículo 5. *Planificación de las políticas de salud.*

Mediante el Plan de Salud de las Illes Balears y los planes y los programas que lo complementen, ha de llevarse a cabo una planificación de las actuaciones que inciden o pueden incidir en la salud individual y colectiva, partiendo de una concepción integral de la salud que tiene en cuenta los factores que pueden afectarla, de acuerdo con los principios de colaboración interadministrativa y participación social.

TÍTULO II

Prestaciones en materia de salud pública

Artículo 6. *Prestaciones en materia de salud pública.*

1. Son prestaciones en materia de salud pública el conjunto de actuaciones dirigidas a fomentar, proteger y promover la salud de las personas en la esfera individual y colectiva, prevenir la enfermedad y cuidar la vigilancia la salud.
2. Son prestaciones en materia de salud pública las siguientes:

a) La vigilancia de la salud, incluyendo el monitoraje de sus principales determinantes.
b) La investigación de las causas o de los riesgos de los problemas de salud que afectan a la población.
c) La orientación, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de las Illes Balears.
d) La evaluación del impacto en la salud de las diversas políticas, de los planes, de los programas y de las actividades, del sector sanitario y también de los ajenos a este sector.
e) El diseño, la implantación y la evaluación de medidas específicas de salud pública que se adaptan al contexto social y responden a sus necesidades.
f) La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de sus factores de riesgo, con una atención preferente a aquellas que se desarrollan en el ámbito de la salud comunitaria.
g) La promoción de entornos que refuerzan la salud.
h) La evaluación, la gestión y la comunicación de riesgo para la salud derivado de la contaminación atmosférica, acústica y del sol, de las aguas recreativas, de los residuos y de

los productos químicos, incluidas las acciones de vigilancia, de promoción y de control de la salud medioambiental que correspondan.

i) La evaluación, la gestión y la comunicación del riesgo para la salud derivado de las aguas de consumo humano, incluidas las acciones de vigilancia, de promoción y de control sanitario que correspondan.

j) La evaluación, la gestión y la comunicación del riesgo para la salud derivado de cualquier situación de riesgo para la salud de la población, incluidas las acciones de vigilancia, de promoción y de control de la salud que correspondan.

k) La promoción de la seguridad alimentaria y la nutrición, la evaluación, la gestión y la comunicación del riesgo y de los beneficios para la salud derivados de los alimentos y productos alimentarios incluidas las acciones de vigilancia, de promoción, de protección y de control sanitario que correspondan.

l) La protección de la salud pública relacionada con las zoonosis de los animales domésticos, los animales salvajes urbanos, los animales de producción, los animales de la fauna salvaje y el control de las plagas.

m) La prestación de los servicios de análisis de laboratorio en materia de salud pública.

n) La promoción, la protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud en los establecimientos públicos y en los lugares de convivencia humana.

o) La promoción, la protección y la vigilancia de la salud en el ámbito laboral.

p) La prevención y el tratamiento del abuso de sustancias que pueden generar dependencias, de acuerdo con lo que dispone la Ley 4/2005, de 29 de abril, de drogodependencias y otras conductas adictivas.

q) La promoción, en especial, de la salud mental de la población y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

r) La promoción y la protección de la salud afectiva, sexual y reproductiva, y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

s) La orientación y la planificación familiar, así como la promoción y la protección de la salud maternoinfantil y la prevención de los factores de riesgo en este ámbito.

t) La promoción de una alimentación saludable y de la actividad física en el tiempo libre a todos los grupos de población, especialmente en la infancia y la juventud, y la prevención de los factores de riesgo en estos ámbitos, en línea con las estrategias nacionales e internacionales para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad.

u) La promoción y la protección de la salud de las personas dependientes y con riesgo de exclusión social, económica y cultural, con especial atención al elevado riesgo de malnutrición de estos grupos.

v) La prevención y la protección de la salud de la población ante cualquier otro factor de riesgo, en especial la prevención de las discapacidades, tanto congénitas como adquiridas, y las derivadas de las enfermedades poco prevalentes.

w) La prevención del cáncer y de otras enfermedades prevalentes.

x) La promoción de actividades tendentes a la prevención de accidentes domésticos y de tráfico y de lesiones resultantes de violencias.

y) La promoción y la protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud, derivados de las intervenciones del propio sistema sanitario, tanto de las actividades de prevención como de las curativas.

z) La prevención de los factores del riesgo y la protección de la salud de los usuarios de productos y servicios, de titularidad pública o privada.

aa) El control sanitario de la publicidad, en el marco de la normativa vigente.

ab) La respuesta ante las alertas y las emergencias de salud pública.

ac) Las autorizaciones administrativas sanitarias, la inspección, la auditoría y la coordinación de los registros en materia de salud pública.

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 IV

Sistema de Información en Salud Pública

Artículo 9. *Sistema de información en salud pública.*

1. El Sistema de información en salud pública es un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción en salud pública que constituye un eje fundamental del sistema sanitario de las Illes Balears.

2. La gestión del Sistema de información en salud pública corresponde a la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears.

Artículo 10. *Funciones del Sistema de información en salud pública.*

1. Corresponden al Sistema de información en salud pública las siguientes funciones:

a) Establecer un sistema de vigilancia de los factores económicos, sociales, medioambientales y de otros tipos, que tienen o pueden tener incidencia sobre la salud individual y colectiva.

b) Valorar las necesidades de salud de la población, una vez identificados los problemas que la afectan, así como los riesgos y el análisis de los determinantes de la salud y sus efectos.

c) Aportar la información necesaria para facilitar la planificación, la gestión, la evaluación y la investigación sanitaria.

d) Difundir información sobre la situación de la salud pública en la comunidad autónoma de las Illes Balears.

e) Desarrollar las estrategias adecuadas para comunicar a la población cualquier situación que suponga un riesgo para la salud y que permita la adopción de medidas preventivas.

f) Establecer mecanismos de comunicación que se adapten a las nuevas tecnologías, que faciliten la rapidez y la eficacia en la captación, el análisis y el intercambio de la información.

g) Establecer un mecanismo eficaz de detección, alerta precoz y respuesta rápida ante los riesgos potenciales para la salud.

h) Realizar o proponer los estudios epidemiológicos específicos para un mejor conocimiento de la situación de salud, así como otros estudios de salud pública.

2. El Sistema de información en salud pública ha de proporcionar datos desagregados, como mínimo, a nivel de municipio.

Artículo 11. *Tratamiento de la información.*

1. El Sistema de información en salud pública ha de establecer mecanismos de información, de publicidad y de divulgación comprensibles, adecuados, coherentes, coordinados, permanentes y actualizados sobre las cuestiones más relevantes en materia de salud pública con la finalidad de informar a la ciudadanía, las administraciones y los profesionales.

2. El Sistema de información en salud pública debe integrar todos los sistemas de información y registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y privados, así como de los profesionales sanitarios en ejercicio, los cuales están obligados a colaborar con la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears para que esta integración, bajo su dirección, sea posible.

3. Todas las administraciones públicas y los organismos competentes en materia de salud pública, así como los centros, servicios, establecimientos y profesionales sanitarios, han de participar, en el ámbito de sus respectivas funciones, en el Sistema de información en salud pública, y comunicar todos los datos que les sean requeridos.

4. Los datos de carácter personal que las personas físicas y jurídicas citadas recojan en el ejercicio de sus funciones pueden ser cedidas, en los términos que prevé el artículo 11.2.a) de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, a la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears para el desarrollo del Sistema de información en salud pública, así como con finalidades históricas, estadísticas o científicas en el ámbito de la salud pública.

5. Mediante decreto aprobado por Consejo de Gobierno a propuesta de la consejería competente en materia de salud, ha de regularse el sistema por el cual las administraciones públicas y los organismos competentes en materia de salud pública, así como centros, servicios, establecimientos y profesionales sanitarios, han de facilitar al Sistema de información en salud pública todos los datos que deben integrarse. Se regulará la participación de los colegios profesionales como una de las maneras de canalizar esta información entre los profesionales y la administración.

6. En todos los niveles del Sistema de información en salud pública han de adoptarse las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y la seguridad de los datos, y todas las personas que en el ejercicio de sus funciones tengan acceso al mismo quedan obligadas al secreto profesional.

7. Los titulares de datos de carácter personal, tratados en virtud de lo que establece esta ley, deben ejercer sus derechos de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

8. La información del sistema ha de revertir, en la forma en que la Agencia de Salud Pública considere oportuna, en los centros, servicios, establecimientos y profesionales sanitarios en ejercicio, sirviendo de información de referencia en salud pública para su práctica profesional.

TÍTULO V

Sistema de Formación, Investigación e Innovación en Salud Pública

Artículo 12. *Sistema de formación, investigación e innovación.*

1. La formación, investigación e innovación en salud pública es el sistema organizado de formación de profesionales, de fomento, investigación e innovación en salud pública, que constituye una actividad esencial del sistema sanitario de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

2. Son actuaciones del Sistema de formación, investigación e innovación en salud pública:

a) Procurar formación a los profesionales de la salud pública y, en general, del sector sanitario, en función de las especificidades del trabajo que ocupen, para que tengan capacidades, conocimientos y habilidades para desarrollar algunas o todas las siguientes competencias:

1.ª Analizar la situación de la salud de los habitantes de las Illes Balears y sus determinantes, así como identificar sus desigualdades.

2.ª Describir y analizar los factores de riesgo y los problemas de salud.

3.ª Planificar y evaluar las políticas de salud.

4.ª Vigilar los riesgos y las enfermedades, y responder ante las situaciones de alerta y de emergencia de salud pública.

5.ª Procurar evidencia ante las políticas intersectoriales, fomentar la defensa de la salud en ellas y evaluar su impacto.

6.ª Diseñar programas e intervenciones de promoción y protección de la salud.

7.ª Formar a otros profesionales sanitarios y no sanitarios en temas relacionados con la salud pública.

8.ª Conocer y aplicar técnicas y métodos de educación sanitaria.

9.ª Fomentar la participación para la salud.

10.ª Gestionar y evaluar los servicios y los programas sanitarios en el ámbito de la salud pública.

11.ª Evaluar, gestionar y comunicar el riesgo.

b) Promover la carrera profesional en salud pública.

c) Identificar las áreas prioritarias para la investigación en salud pública, atendiendo a los problemas y las necesidades de salud detectados.

d) Promover la formación en investigación entre los profesionales de salud pública.

e) Estimular la sensibilidad para la investigación en salud pública entre los sectores económicos y sociales.

f) Convocar ayudas a la investigación y establecer mecanismos de colaboración con los restantes agentes financiadores de investigación públicos y privados para promover la investigación en salud pública.

g) Realizar y difundir estudios, publicaciones y actividades que contribuyan a la mejora del conocimiento científico, tecnológico y sanitario.

h) Promover grupos de investigación entre los dispositivos que proveen servicios y desarrollan actividades de salud pública.

i) Participar en la creación y el mantenimiento de unidades de investigación y desarrollo con universidades u otras instituciones.

j) Cooperar con organismos públicos y privados, tanto autonómicos, como nacionales e internacionales, para la realización de proyectos de investigación y otras actividades de carácter científico, técnico o de innovación tecnológica.

k) Fomentar la innovación en salud pública.

l) Evaluar periódicamente los resultados de la investigación en salud pública que se realiza en la comunidad autónoma de las Illes Balears.

m) Cualquier otra función destinada al cumplimiento de sus propias finalidades.

3. Las administraciones públicas y los organismos competentes en materia de formación y de investigación, la Universidad de la comunidad autónoma de las Illes Balears y los centros, servicios, establecimientos y colegios profesionales que desarrollen labores de

formación e investigación en salud pública, han de cooperar, en el ámbito de sus funciones respectivas, en el Sistema de formación, investigación e innovación en salud pública.

TÍTULO VI

Competencias de las Administraciones Públicas en materia de salud pública

Artículo 13. *Competencias del Gobierno.*

Corresponden al Gobierno de las Illes Balears la dirección y la planificación básicas en materia de salud pública y establecer las directrices correspondientes y el ejercicio de la potestad normativa.

Artículo 14. *Competencias de la consejería competente en materia de salud.*

1. Corresponde a la consejería competente en materia de salud planificar, coordinar y evaluar todas las actuaciones que puedan incidir en materia de salud pública, de acuerdo con las directrices establecidas por el Gobierno.
2. Asimismo, corresponde a la consejería competente en materia de salud coordinar las funciones que desarrollan los entes territoriales de la comunidad autónoma de las Illes Balears en el ejercicio de las competencias que tienen atribuidas de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 15. *Competencias de los consejos insulares.*

1. Corresponden a los consejos insulares la función ejecutiva y la gestión en materia de sanidad que les sean transferidas o delegadas por una ley del Parlamento, de acuerdo con lo que prevé el artículo 71 de la Ley Orgánica 2/1983, de 25 de febrero, por la que se aprueba el Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, en la redacción dada por la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, y de acuerdo con lo que dispone la Ley 8/2000, de 27 de octubre, de consejos insulares.
2. De acuerdo con la legislación de régimen local, los consejos insulares han de prestar asistencia y cooperación a los municipios para el ejercicio más eficaz de las competencias sanitarias que tienen atribuidas.

Artículo 16. *Competencias de los ayuntamientos.*

1. Corresponden a los municipios, de acuerdo con la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, las competencias en materia de salud pública que les atribuyen la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, la Ley 23/2006, de 20 de diciembre, de capitalidad, en el caso de Palma, y la legislación de régimen local.
2. La comunidad autónoma puede transferir o delegar a los municipios cualquier función sanitaria en las condiciones previstas en la legislación vigente, con la dotación presupuestaria correspondiente.

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).

TÍTULO VIII

Intervención Administrativa en materia de salud pública de las Illes Balears

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 38. *Responsabilidad y autocontrol.*

1. Las personas físicas o jurídicas titulares de las instalaciones, de los establecimientos, de los servicios y de las industrias en que se llevan a cabo actividades que inciden o pueden incidir en la salud de las personas, son responsables de la higiene y la seguridad sanitaria de los locales, de las instalaciones y de sus anexos, de los procesos y de los productos que se derivan de ellos, y han de establecer procedimientos de autocontrol, eficaces para garantizar su seguridad sanitaria.

2. Las administraciones públicas competentes en la materia deben garantizar el cumplimiento de esta obligación mediante el establecimiento de sistemas de vigilancia y de supervisión adecuados e idóneos.

3. Las personas físicas son responsables de sus actos y de las conductas que tienen influencia sobre la propia salud y la de los otros.

Artículo 39. *Actuaciones de intervención en relación a la salud pública de las Illes Balears.*

La autoridad sanitaria, a través de los órganos competentes, puede intervenir en las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, pueden tener consecuencias negativas para la salud. A tal efecto puede:

a) Establecer los registros, los métodos de análisis, los sistemas de información y las estadísticas necesarias para el conocimiento de las diferentes situaciones de salud pública de las que puedan derivarse acciones de intervención.

b) Establecer la exigencia de autorizaciones y registros por razones sanitarias en instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, productos y actividades, de acuerdo con la normativa sectorial.

c) Controlar la publicidad y la propaganda de productos y actividades que puedan tener incidencia sobre la salud, con la finalidad de ajustarla a los criterios de veracidad y evitar todo aquello que pueda suponer un perjuicio para la salud pública, así como fomentar la implantación de sistemas de autorregulación publicitaria.

d) Controlar e inspeccionar las condiciones higiénicas y sanitarias de funcionamiento de las actividades de los locales y de los edificios de convivencia pública o colectiva, como también del medio en que se desarrolla la vida humana.

e) Controlar e inspeccionar las actividades alimentarias.

f) Ordenar el ejercicio de la policía sanitaria mortuoria.

g) Establecer prohibiciones y requisitos mínimos para la producción, la distribución, la comercialización y el uso de bienes y productos cuando supongan un perjuicio o una amenaza para la salud.

h) Establecer limitaciones preventivas de carácter administrativo respecto de aquellas actividades públicas o privadas que, directa o indirectamente, pueden tener consecuencias negativas sobre la salud.

i) Adoptar las medidas adecuadas de intervención provisionales ante situaciones de riesgo para la salud colectiva, sin perjuicio de las indemnizaciones procedentes.

j) Requerir a los titulares de las instalaciones, de los establecimientos, de los servicios y de las industrias la realización de modificaciones estructurales y/o la adopción de las medidas preventivas y correctoras para enmendar las deficiencias higiénicas y sanitarias.

k) Intervenir en materia de zoonosis.

Artículo 40. *Principios informadores de la intervención administrativa.*

Las medidas reguladas en este título deben adoptarse, de acuerdo con lo que dispone la normativa vigente, respetando los derechos que los ciudadanos tienen reconocidos y aplicando los principios siguientes:

a) Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.

b) No se pueden ordenar medidas obligatorias que supongan riesgo para la vida.

c) Las limitaciones sanitarias han de ser proporcionadas a las finalidades perseguidas.

d) Deben utilizarse las medidas que menos perjudiquen el principio de libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de empresa y cualquier otro derecho de los ciudadanos.

Artículo 41. *Colaboración con la administración sanitaria.*

1. Las administraciones públicas, las instituciones y las entidades privadas y los particulares tienen el deber de colaborar con las autoridades sanitarias y sus agentes cuando sea necesario para la efectividad de las medidas adoptadas.

2. La comparecencia de los ciudadanos ante las oficinas públicas, cuando sea necesaria para la protección de la salud pública, es obligatoria. El requerimiento de comparecencia ha de ser motivado.

3. En caso de que los titulares de las instalaciones, de los establecimientos, de los servicios y de las industrias detecten la existencia de riesgos para la salud, derivados de la actividad o de los productos respectivos, han de informar inmediatamente a la autoridad sanitaria correspondiente y colaborar en la adopción de las medidas que se determinen.

CAPÍTULO II

De la inspección y del control

Artículo 42. *Autoridad sanitaria. Agentes de la autoridad.*

1. A los efectos de esta ley y en el marco de sus respectivas funciones, tienen la condición de autoridad sanitaria los órganos siguientes: el consejero o la consejera competente en materia de salud; el director ejecutivo o la directora ejecutiva de la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears, así como los alcaldes o las alcaldesas en el ámbito de sus respectivas competencias.
2. Tienen el carácter de agentes de la autoridad sanitaria los funcionarios públicos de las administraciones competentes en materia de salud pública en el ejercicio estricto de sus funciones.

Artículo 43. *Funciones de los agentes de la autoridad sanitaria.*

Los agentes de la autoridad sanitaria, debidamente acreditados, en el ejercicio de sus funciones están autorizados para:

a) Entrar libremente y sin notificación previa en cualquier centro o establecimiento sujeto al ámbito de aplicación de la presente ley.
b) Realizar las pruebas, las investigaciones o los exámenes necesarios al efecto de comprobar el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente.
c) Tomar o sacar muestras para la comprobación del cumplimiento de las disposiciones aplicables.
d) Realizar todas las actuaciones que sean necesarias para el correcto ejercicio de las funciones de inspección y, especialmente, formular requerimientos específicos al objeto de eliminar riesgos sanitarios para la salud pública.
e) Adoptar, sin perjuicio de su posterior aprobación por parte de las autoridades sanitarias, en los términos previstos en el capítulo III del presente título, las medidas cautelares que se estimen pertinentes en el caso de que concurra o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo para la salud individual o colectiva ante el incumplimiento de requisitos y condiciones establecidos por el ordenamiento jurídico y en aplicación del principio de precaución.

CAPÍTULO III

Medidas cautelares en salud pública de las Illes Balears

Artículo 44. *Medidas cautelares.*

1. Las autoridades sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias y a través de los órganos competentes en cada caso, pueden proceder a la adopción de las medidas cautelares que resulten necesarias para garantizar la salud y la seguridad de los ciudadanos ante la existencia o la sospecha razonable de existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud. Las mencionadas medidas pueden adoptarse también en aplicación del principio de precaución.
2. Las medidas a utilizar por parte de las autoridades sanitarias y de los agentes de la autoridad sanitaria son, entre otras:

a) El cierre de instalaciones, establecimientos, servicios e industrias.
b) La suspensión de la autorización sanitaria de funcionamiento y/o la suspensión o la prohibición del ejercicio de actividades.
c) La inmovilización cautelar y, si procede, el comiso de productos. Se entiende por comiso o decomiso toda restricción al libre uso de materias primas, productos intermedios y/o elaborados. El producto decomisado ha de tener como destino su transformación, reducción y/o destrucción.
d) La intervención de medios materiales o personales.

e) La prohibición de comercialización de un producto o la ordenación de su retirada del mercado y, cuando sea necesario, el acuerdo de la destrucción en condiciones adecuadas, así como su recuperación de los consumidores que ya lo tuvieran en su poder.

f) La determinación de condiciones previas en cualquier fase de la fabricación o la comercialización de productos y sustancias, y también del funcionamiento de las instalaciones, de los establecimientos, de los servicios y de las industrias a que se refiere esta ley, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas.

g) Cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si se observa riesgo para la salud individual o colectiva o se observa el incumplimiento de los requisitos y de las condiciones establecidos por el ordenamiento vigente, o hay indicios razonables de ello.

Artículo 45. *Duración.*

La duración de las medidas de carácter temporal a que se refiere el artículo anterior no ha de exceder de lo exigido por la situación que las motiva, sin perjuicio de las posibles prórrogas que pueden acordarse mediante resolución motivada.

Artículo 46. *Cierre de instalaciones, establecimientos, servicios e industrias y suspensión de actividades.*

1. Puede acordarse el cierre de instalaciones, establecimientos, servicios e industrias o la suspensión o la prohibición de actividades por requerirlo la salud colectiva, por incumplimiento de los requisitos exigidos por la normativa vigente o por la falta de las autorizaciones preceptivas.

2. Para la adopción de estas medidas es necesaria resolución motivada, una vez cumplimentado el trámite de audiencia con las partes interesadas que, en un plazo no inferior a diez días ni superior a quince, pueden alegar y presentar los documentos y los justificantes que estimen pertinentes.

3. En el supuesto de riesgo inminente y extraordinario para la salud pública, puede prescindirse del trámite de audiencia, sin perjuicio de que, posteriormente a la adopción de cualquiera de estas medidas, sean oídos los interesados y se confirmen, modifiquen o levanten mediante resolución motivada.

Artículo 47. *Inmovilización y comiso de productos.*

1. Puede acordarse la inmovilización de un producto o lote de productos o, si procede, directamente su comiso, cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud.

2. La inmovilización o el comiso ha de ser confirmado, modificado o levantado en el acuerdo de inicio del procedimiento administrativo correspondiente, que ha de dictarse dentro de los quince días siguientes a su adopción, previa audiencia al interesado. Este plazo puede reducirse cuando lo exija la naturaleza perecedera de los productos.

3. La adopción de estas medidas comporta la prohibición de la manipulación, el traslado o la disposición en cualquier forma de los productos inmovilizados o comisados, hasta que la autoridad sanitaria resuelva sobre su destino.

Artículo 48. *Intervención cautelar de medios materiales.*

1. Ha de procederse a la adopción de la intervención cautelar de medios materiales cuando exista o se sospeche razonablemente de la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud y la seguridad de los ciudadanos.

2. La intervención ha de ser confirmada, modificada o levantada en el acuerdo de inicio del procedimiento administrativo correspondiente, que ha de dictarse dentro de los quince días siguientes a su adopción, previa audiencia al interesado.

3. La adopción de esta medida cautelar comporta la prohibición de manipulación, traslado o disposición en cualquier forma de los bienes intervenidos por la autoridad sanitaria.

Artículo 49. *Intervención cautelar de medios personales.*

1. Cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud derivado de la intervención de determinada persona o personas en el proceso de producción de bienes o de prestación de servicios, puede prohibirse su participación mediante resolución motivada por el tiempo que se considere necesario para la desaparición del riesgo.

2. Cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población, como consecuencia de una situación sanitaria concreta de una persona o de un grupo de personas, se puede ordenar la adopción de las medidas preventivas generales y de intervención, entre las cuales se incluyen las de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control individual sobre la persona o el grupo de personas, mediante resolución motivada, por el tiempo necesario para la desaparición del riesgo. La adopción de medidas que implican privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental está sujeta a lo dispuesto por la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa, y por la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, sobre medidas especiales en materia de salud pública.

Artículo 49 bis. *Adopción de medidas preventivas en situación de pandemia o de epidemia.*

1. En situaciones de pandemia o de epidemia declaradas por las autoridades competentes, el Consejo de Gobierno puede adoptar medidas de limitación de la actividad, del desplazamiento de las personas y de la prestación de servicios en los siguientes términos:

a) La confiscación o la inmovilización de productos.
b) La suspensión temporal del ejercicio de actividades.
c) La suspensión temporal de la actividad de empresas o de sus instalaciones.
d) La intervención justificada y proporcionada de medios materiales o personales.
e) Limitaciones de aforo.
f) Limitaciones de horarios de apertura y/o cierre de establecimientos, lugares o actividades.
g) El establecimiento de medidas de seguridad sanitaria e higiene en determinados lugares y/o para el desarrollo de actividades.
h) La obligación de elaborar protocolos o planes de contingencia en determinados lugares y/o para el desarrollo de actividades.
i) El establecimiento de medidas de autoprotección individual, como por ejemplo el uso de mascarilla y otros elementos de protección, y el mantenimiento de distancias de seguridad interpersonal o entre mesas o agrupaciones de mesas en los locales abiertos al público y en las terrazas al aire libre.
j) La intervención de centros de servicios sociales en los términos previstos en el siguiente artículo.
k) La obligación de suministrar los datos necesarios para el control y la contención del riesgo para la salud pública de que se trate y el registro de los datos suministrados, especialmente de datos que permitan la identificación de personas procedentes de lugares o asistentes a actividades o establecimientos que presenten un riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas, con el fin de que las autoridades sanitarias puedan realizar su labor de control y búsqueda epidemiológica de brotes o situaciones de especial riesgo para la salud de la población. En todo caso, los datos registrados serán los estrictamente indispensables para cumplir esta finalidad de control y contención del riesgo, y los datos de carácter personal serán tratados con estricto respeto a la normativa en materia de protección de datos.
l) Ordenar a los ciudadanos y a las ciudadanas la prestación de servicios personales, de acción u omisión, siempre de forma proporcionada a la situación de necesidad.
m) Cualesquier otras medidas ajustadas a la legalidad vigente y sanitariamente justificadas.

2. Asimismo, y de acuerdo con lo dispuesto en la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, con el fin de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias autonómicas, en el ámbito de sus

competencias, cuando lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad, pueden adoptar medidas preventivas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o de un grupo de personas o por las condiciones sanitarias en las que se realice una actividad.

3. Para controlar las enfermedades transmisibles, además de realizar las acciones preventivas generales y de la posible adopción de las medidas preventivas previstas en los apartados anteriores, pueden adoptar las medidas oportunas para el control de las personas enfermas, de las personas que estén o hayan estado en contacto con estas y del ambiente inmediato, así como las que se estimen necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible. En particular, se pueden adoptar las siguientes medidas preventivas:

a) Medidas de control de las personas enfermas, cuando sea procedente, como el aislamiento en el domicilio, el internamiento en un centro hospitalario o el aislamiento o internamiento en otro lugar adecuado para esta finalidad.

b) Sometimiento de las personas enfermas a tratamiento adecuado.

c) Medidas de control de las personas que estén o hayan estado en contacto con las personas enfermas, como el sometimiento a una cuarentena en el domicilio o en otro lugar adecuado para esta finalidad. A tal efecto, se entiende por cuarentena la restricción de las actividades y la separación, de las otras personas que no están enfermas, de una persona respecto a la que pueda tenerse razonablemente la sospecha de que haya estado o haya podido estar expuesta a un riesgo para la salud pública y sea una posible fuente de propagación adicional de enfermedades, de acuerdo con los principios científicos, las pruebas científicas o la información disponible.

d) Sometimiento a observación o a medidas de vigilancia del estado de salud, a examen médico o a pruebas diagnósticas de personas que presenten síntomas compatibles con la enfermedad transmisible de que se trate o de personas respecto a las que existan otros indicios objetivos que puedan suponer un riesgo de transmisión de la enfermedad. La observación, el examen o las pruebas serán lo menos intrusivos o invasivos posible para permitir conseguir el objetivo de salud pública consistente en prevenir o contener la propagación de la enfermedad.

e) Planteamiento ante el Consejo Interterritorial de Salud de propuesta a los órganos competentes de sometimiento a medidas profilácticas de prevención de la enfermedad, incluida la vacunación para determinados colectivos, o a la inmunización, con información, en todo caso, de los posibles riesgos relacionados con la adopción o la no adopción de estas medidas.

f) Medidas de control del entorno inmediato de las personas enfermas o de las personas que estén o hayan estado en contacto con estas, así como de las zonas afectadas. A tal efecto, se entiende por zona afectada aquellos lugares geográficos en los que sean necesarias medidas sanitarias de control de la propagación de la enfermedad. La determinación de la zona afectada se efectuará de acuerdo con los principios de precaución y proporcionalidad, procurando, siempre que resulte posible y eficaz, actuar lo antes posible o con más intensidad o medida sobre las zonas concretas en las que se produzca la mayor afección, para evitar perjuicios innecesarios al resto de la población. Entre otras, estas medidas podrán consistir en:

– Medidas que supongan la limitación o la restricción de la circulación o la movilidad de las personas dentro de la zona o la isla o las islas afectadas o en determinados lugares y espacios dentro de esta zona o en determinadas franjas horarias.

– Medidas de control de la salida de la zona o la isla o las islas afectadas o de entrada a estas, incluido el establecimiento de pruebas diagnósticas previas o posteriores.

– Medidas de control de las tarifas y los precios máximos que deben aplicar los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados, para la realización de las pruebas diagnósticas.

– Restricciones a las agrupaciones de personas, incluidas las reuniones privadas entre no convivientes, especialmente en los lugares y los espacios o con ocasión del desarrollo de actividades que supongan un mayor riesgo de propagación de la enfermedad; todo ello sin perjuicio de las competencias estatales en relación con las reuniones en lugares de tránsito

público y las manifestaciones realizadas en ejercicio del derecho fundamental regulado en el artículo 21 de la Constitución Española.

– Medidas de cribado consistentes en la realización de pruebas diagnósticas de determinados sectores o grupos de la población particularmente afectados o vulnerables.

Las restricciones a los desplazamientos y a las agrupaciones de personas enumeradas anteriormente nunca pueden ser absolutas, tienen que expresar con claridad y precisión los desplazamientos y las agrupaciones que se restringen, y deben actuar con preferencia sobre los desplazamientos y las agrupaciones por razones meramente recreativas y de ocio. Se deben admitir, en todo caso, los desplazamientos y las agrupaciones que se lleven a cabo por motivos esenciales o justificados compatibles con la protección de la salud, sin perjuicio, si procede, de los controles o las medidas de prevención adicionales que se puedan establecer.

g) Las otras medidas sanitarias justificadas y necesarias que, de acuerdo con los riesgos y las circunstancias en cada caso concurrentes, se estimen adecuadas para impedir o controlar la propagación de la enfermedad, en función del estado de la ciencia y del conocimiento existente en cada momento, siempre con sujeción a los criterios y a los principios establecidos en esta ley y, en particular, de acuerdo con el principio de proporcionalidad. Estas medidas pueden ser las siguientes:

– Medidas de salud pública:

- Consejos generales de salud pública.
- Identificación de contactos.
- Pruebas diagnósticas a todas las personas que presenten síntomas.
- Pruebas de cribado colectivas.
- Aislamiento y cuarentena a las personas afectadas.

– Limitaciones de desplazamientos territoriales que protejan del riesgo de transmisión y limitación de desplazamientos personales, manteniendo en todos los niveles de alerta los desplazamientos esenciales, siempre que se realicen de forma individual o con la unidad de convivencia y con todas las medidas de precaución higiénicas y de distanciamiento. Se incluye la limitación en horario nocturno.

– Limitación del número de personas que se puede reunir, tanto en espacios públicos como privados.

– Coordinación sobre la estrategia, las directrices y los planes de escalada del tipo de asistencia sanitaria en atención primaria, hospitalaria y servicios sociales.

– Restricciones de visitas en las instalaciones residenciales.

– Regulación de la situación de los espacios de trabajo en condiciones de espacio y medidas de higiene.

– Control de apertura del comercio (aforo, cita previa u otras modalidades) de espacios de trabajo.

– Priorización de gestión de horarios para promover y garantizar la conciliación familiar.

– Regulación de las condiciones de apertura, afluencia, personales, materiales y temporales de los centros educativos y de ocio y tiempo libre.

– Regulación del aforo en establecimientos de restauración y hoteleros, atendiendo a condiciones de espacio y medidas de higiene (mascarilla, lavado de manos) y regulación de las condiciones de apertura materiales y temporales.

– Regulación de las actividades deportivas tanto profesionales y federadas como no profesionales atendiendo al tipo de deporte, los aforos y el uso de las instalaciones.

– Otras de naturaleza análoga que resulten necesarias para la lucha contra la pandemia o la epidemia.

La adopción de estas medidas tiene por objeto garantizar el control de contagios y proteger la salud de las personas, y adecuarse al principio de proporcionalidad. A estos efectos, requiere la emisión de un informe por parte de la Dirección General de Salud Pública que acredite la situación de riesgo de contagio, la situación de control de la pandemia o la epidemia, la suficiencia de las medidas, y la propuesta de las medidas que se deben adoptar.

Véase la Sentencia del TC 141/2024, de 19 de noviembre Ref. BOE-A-2024-27139, que declaraba inconstitucionales y nulos varios incisos de este apartado 3, en cuanto a que la presente redacción, establecida por la Ley 2/2021, de 8 de noviembre Ref. BOE-A-2021-19806, trae causa de la tramitación parlamentaria como proyecto de ley del Decreto-ley 5/2021.

4. El acuerdo que establezca las medidas establecidas en los apartados anteriores debe indicar su duración, que en principio no debe ser superior a quince días, excepto que se justifique la necesidad de establecer un plazo superior, sin perjuicio de que se pueda producir la prórroga, justificando el mantenimiento de las condiciones que determinaron su adopción.

El establecimiento de dichas medidas se debe realizar teniendo en cuenta siempre la menor afectación a los derechos de las personas, y, siempre que sea posible, se debe ajustar territorialmente al mínimo ámbito necesario para asegurar su efectividad.

5. Las medidas y las actuaciones previstas en los apartados anteriores que se ordenen con carácter obligatorio y de urgencia o necesidad se deben adaptar a los criterios expresados en el artículo 28 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, y en la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, y, si afectan a derechos fundamentales, requieren autorización o ratificación judicial, en los términos previstos en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa.

Artículo 49 ter. *Intervención de centros de servicios sociales.*

1. En los casos de riesgo inminente y grave para la salud de la población, como crisis sanitarias o epidemias, la autoridad sanitaria autonómica competente, en función de la situación epidemiológica y asistencial de cada centro o del territorio concreto en que este se encuentre, y siempre en atención a los principios de necesidad y proporcionalidad y a la situación de vulnerabilidad de las personas mayores o con discapacidad u otras personas usuarias, puede intervenir temporalmente los centros de servicios sociales de carácter residencial de personas mayores y personas con discapacidad u otros centros de servicios sociales de análoga naturaleza, de carácter público o privado, y disponer una serie de actuaciones en estos, que pueden consistir en:

a) Asumir o controlar la asistencia sanitaria de las personas residentes con el personal sanitario propio del centro.

b) Ordenar, por motivos de salud pública justificados, el alta, la baja, la reubicación y el traslado de las personas residentes a otro centro residencial, con independencia de su carácter público o privado. La adopción de estas medidas requerirá la colaboración voluntaria de las personas afectadas o, a falta de esta, la necesaria garantía judicial.

c) Establecer las medidas oportunas para la puesta en marcha de nuevos centros residenciales o la modificación de la capacidad u organización de los existentes.

d) Supervisar y asesorar las actuaciones que realice el personal sanitario y no sanitario, en su caso, del centro.

e) Designar a una persona empleada pública para dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros, que sustituirá, plena o parcialmente, al personal directivo del centro y que podrá disponer de los recursos materiales y humanos del centro residencial intervenido, así como de los recursos vinculados a la actividad sanitaria asistencial que se preste de forma habitual a las personas residentes en este.

f) Secundar puntualmente el centro con personal, si es necesario.

g) Modificar el uso de los centros residenciales para utilizarlos como espacios para uso sanitario.

2. La intervención, que se acordará en los términos previstos en el artículo siguiente, tendrá carácter temporal, y su duración no podrá exceder de la duración necesaria para atender a la situación que la originó. La autoridad sanitaria autonómica competente acordará, de oficio o a petición de la persona titular del centro, el cese de la intervención cuando resulte acreditada la desaparición de las causas que la hayan motivado.

Artículo 49 quater. *Adopción de medidas preventivas en materia de salud pública.*

1. Las medidas preventivas previstas en los artículos anteriores se deben adoptar con la urgencia que el caso requiera, sin necesidad de seguir un procedimiento administrativo específico y con independencia de las medidas provisionales que se puedan adoptar de acuerdo con la legislación vigente en el seno de un procedimiento administrativo o con anterioridad a su iniciación.

2. Las medidas se deben adoptar motivadamente, después de evaluar los principios científicos, las pruebas científicas o la información disponible en cada momento, y teniendo en cuenta el principio de precaución, que debe posibilitar su lícita adopción para asegurar un nivel elevado de protección de la ciudadanía cuando, después de la evaluación indicada, se observe la existencia, fundada, seria y razonable, de un riesgo actual o inminente para la salud de la población, aunque continúe existiendo incertidumbre científica.

Además, las medidas que se adopten se deben ajustar a los siguientes requisitos:

a) Tienen que respetar, en todo caso, la dignidad de la persona. En particular, las medidas de posible adopción en relación con las personas deben ser lo menos intrusivas e invasivas posible para conseguir el objetivo de protección de la salud pública, procurando reducir al mínimo las molestias o las inquietudes que se asocian a estas. En los casos de medidas de aislamiento y cuarentena deben quedar garantizados el suministro de alimentos y de bienes de primera necesidad y la disponibilidad de medios para el mantenimiento de las comunicaciones necesarias. El coste de este suministro y disponibilidad únicamente debe ser asumido por la administración autonómica en caso de imposibilidad de sufragarlo el sujeto o los sujetos afectados. Cuando las circunstancias impongan el cumplimiento de estas medidas fuera del domicilio de la persona o las personas afectadas, se deben poner a su disposición instalaciones adecuadas, a costa de la administración autonómica.

b) Se tiene que procurar, siempre y preferentemente, la colaboración voluntaria de las personas afectadas con las autoridades sanitarias.

c) No se pueden ordenar medidas obligatorias que supongan riesgo para la vida.

d) Se deben utilizar las medidas que menos perjudiquen a la libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de empresa y cualquier otro derecho afectado.

e) Las medidas deben ser proporcionadas al fin perseguido.

3. En caso de medidas limitativas de derechos fundamentales y libertades públicas, el requisito de proporcionalidad previsto en el apartado anterior exigirá que:

1.º Las medidas sean adecuadas, en el sentido de útiles para conseguir la finalidad perseguida de protección de la salud pública.

2.º Las medidas sean necesarias, en el sentido de que no exista otra medida alternativa menos onerosa para la consecución de esta finalidad con la misma eficacia.

3.º Las medidas sean ponderadas o equilibradas por derivarse de estas más beneficios o ventajas para el interés general que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto, en atención a la gravedad de la injerencia en los derechos fundamentales y las libertades públicas y las circunstancias personales de quienes la sufren.

En la motivación de las medidas se debe justificar de forma expresa la proporcionalidad de estas en los términos indicados. Además, la adopción de las medidas requiere la necesaria garantía judicial con arreglo a lo dispuesto en la legislación procesal aplicable.

4. Las medidas deben ser siempre temporales. La duración se tiene que fijar para cada caso, sin que excedan de lo que exija la situación de riesgo inminente y extraordinario que las justificó, y sin perjuicio de las prórrogas sucesivas acordadas mediante resoluciones motivadas.

5. Cuando las medidas afecten a una pluralidad indeterminada de personas, tienen que ser objeto de publicación en el Butlletí Oficial de les Illes Balears. Si la medida afecta a una o varias personas determinadas, se les tiene que dar audiencia con carácter previo a la adopción, siempre que esto sea posible. Si, debido a la urgencia, no resulta posible efectuar la audiencia previa, se debe realizar en el momento oportuno después de la adopción y la aplicación de la medida.

6. La ejecución de las medidas puede incluir, cuando resulte necesario y proporcionado, la intervención directa sobre las cosas y la compulsión directa sobre las personas, con

independencia de las sanciones que, en su caso, se puedan imponer. A tal efecto, se tiene que recabar la colaboración de las fuerzas y cuerpos de seguridad que sea necesaria para la ejecución de las medidas.

7. Las autoridades sanitarias deben informar a la población potencialmente afectada, para proteger su salud y seguridad, por los medios en cada caso más apropiados, de los riesgos existentes y de las medidas adoptadas, así como de las precauciones procedentes tanto para que ella misma pueda protegerse del riesgo como para conseguir su colaboración en la eliminación de sus causas, y, a tal efecto, pueden formular las recomendaciones sanitarias apropiadas.

Artículo 49 quinquies. *Protección de la salud pública a través de las nuevas tecnologías.*

1. Las autoridades sanitarias deben potenciar el papel de las nuevas tecnologías en la gestión y el control de los riesgos para la salud pública.

2. A los efectos que prevé el apartado anterior, entre otras iniciativas, pueden desarrollar sistemas de información y aplicaciones para dispositivos móviles que operen como medidas complementarias para la gestión de crisis sanitarias derivadas de enfermedades de carácter transmisible.

Estos sistemas de información y aplicaciones pueden tener, entre otras, las siguientes funcionalidades:

a) Recepción, por parte de la persona usuaria, de información o alertas relativas a consejos prácticos y orientaciones de carácter general ante la enfermedad de que se trate, así como recomendaciones respecto a acciones y medidas adecuadas que hay que seguir.

b) Geolocalización de recursos de interés que puedan servir de apoyo a la ciudadanía para el seguimiento de las pautas de salud o movilidad u otras.

c) Determinación del nivel de riesgo transmisor de la persona usuaria, en base a los datos que de la persona usuaria tenga el Servicio de Salud de las Illes Balears.

d) Identificación de contactos de la persona usuaria que sean epidemiológicamente relevantes.

e) Recepción, por la persona usuaria, de avisos sobre el riesgo efectivo en el que se encuentre por ser contacto epidemiológicamente relevante de una persona diagnosticada de la enfermedad transmisible.

f) Proporcionar a la persona usuaria el apoyo digital de información o documentación individual relativa a sus circunstancias laborales y de localización geográfica u otras, con el fin de facilitar la aplicación de las medidas que adopten las autoridades competentes en la gestión de la crisis sanitaria, en la medida y en los términos que lo permitan las disposiciones o los actos que disciplinen estas medidas.

Tanto en el desarrollo como en la puesta en marcha y en el funcionamiento de estos sistemas y aplicaciones y, posteriormente, en su desactivación, se debe garantizar el respeto necesario a la normativa vigente en materia de protección de datos y confidencialidad de las comunicaciones.

Artículo 49 sexies. *Cooperación y colaboración administrativas en materia de salud pública.*

1. En el ejercicio de las competencias propias, la Administración de la comunidad autónoma, los consejos insulares y los ayuntamientos se tienen que facilitar la información que necesiten en materia de salud pública y se tienen que prestar recíprocamente la cooperación y la asistencia activa para el ejercicio eficaz de estas.

2. Los órganos competentes de la administración autonómica, de la insular y de la local, en el marco de sus respectivas competencias, y de acuerdo con los principios de eficacia, coordinación, colaboración y lealtad institucional, deben velar por la observancia de la normativa de salud pública y por el cumplimiento de las medidas de prevención, ejerciendo las oportunas funciones de inspección, control y sanción, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

3. Los ayuntamientos pueden recaudar la colaboración y el apoyo técnico que necesiten de la Administración de la comunidad autónoma y de los consejos insulares para el

cumplimiento de esta ley. A tal efecto, se pueden subscribir los convenios de colaboración oportunos.

4. Cuando no se hayan subscrito los convenios a los que hace referencia el apartado anterior, la Administración de la comunidad autónoma debe apoyar a los ayuntamientos en caso de que estos se lo soliciten expresamente, motivando la concurrencia de circunstancias de carácter extraordinario que puntualmente sobrepasen la capacidad municipal.

5. En particular, en los casos de crisis sanitarias o epidemias, la administración autonómica puede asumir, en la forma establecida en el artículo 11 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público, la realización de actividades de carácter material o técnico de competencia de las autoridades sanitarias locales, especialmente la realización de actividades auxiliares, previas, preparatorias o de colaboración material con los órganos administrativos instructores de expedientes sancionadores, por razones de eficacia o cuando las autoridades sanitarias locales no posean los medios técnicos, personales o materiales idóneos para su desempeño, priorizando los casos de los municipios de menor población y medios.

Artículo 50. *Prohibición de comercialización o retirada del mercado de productos.*

1. La autoridad sanitaria, previa instrucción del procedimiento administrativo correspondiente y mediante resolución motivada, puede ordenar la retirada definitiva del mercado de un producto o lote de productos, o prohibir su comercialización, cuando resulte probada su falta de seguridad o peligrosidad para los ciudadanos o existan sospechas razonables de su peligrosidad, sin posibilidad práctica de determinar su seguridad.

2. Cuando sea necesario puede acordarse la destrucción del producto o lote de productos en condiciones adecuadas, así como su recuperación de los consumidores que ya lo tuvieran en su poder.

Artículo 51. *Gastos.*

Los gastos que puedan derivarse de la adopción de alguna de las medidas cautelares a que se refiere esta ley correrán a cargo de la persona o las personas físicas o jurídicas responsables.

TÍTULO IX

Régimen sancionador

Artículo 52. *Infracciones.*

Son infracciones en materia de salud pública las acciones u omisiones que vulneren lo dispuesto en esta ley y en el resto de normativa sanitaria aplicable. Las infracciones han de ser objeto de las correspondientes sanciones administrativas sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que pueda concurrir.

Artículo 53. *Calificación.*

Las infracciones en materia de salud pública se califican como leves, graves o muy graves.

Artículo 54. *Infracciones leves.*

Son infracciones leves las siguientes:

a) Las que reciben expresamente esta calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.

b) Las simples irregularidades en la observación de la normativa sanitaria vigente sin trascendencia directa para la salud pública.

c) Las cometidas por simple negligencia siempre que la alteración o el riesgo producido sea de escasa incidencia.

d) El incumplimiento de las prescripciones de esta ley que no reciban la calificación de graves o muy graves según los artículos 55 y 56.

Artículo 55. *Infracciones graves.*

Son infracciones graves las siguientes:

a) Las que reciben expresamente esta calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.

b) El ejercicio o el desarrollo de cualquiera de las actividades sujetas a autorización sanitaria o registro sanitario sin contar con esta autorización o registro cuando sean preceptivos, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las condiciones técnicas o estructurales expresas sobre las que se otorga la correspondiente autorización.

c) La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o el desarrollo de cualquier actividad cuyo precintado, clausura, suspensión, cierre o limitación en el tiempo, se hayan establecido por la autoridad competente, siempre que suceda por vez primera y no ponga en riesgo la salud de las personas.

d) La no corrección de las deficiencias observadas y que hayan dado lugar a sanción previa de las consideradas leves.

e) La resistencia a colaborar, a suministrar datos o a facilitar la información requerida, o bien proporcionar información inexacta o documentación falsa y, en general, cualquier acción u omisión que dificulte o impida la labor de las autoridades sanitarias y de sus agentes.

f) No comunicar a la administración sanitaria riesgos para la salud cuando sea obligatorio hacerlo, de acuerdo con la normativa vigente.

g) Las que se producen de forma negligente por la falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, el servicio o la instalación de que se trate y dan lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.

h) Producir, distribuir o utilizar primeras materias o productos aditivos obtenidos mediante tecnologías o manipulaciones no autorizadas por la normativa vigente, o utilizarlas en cantidades superiores a las autorizadas o para un uso diferente del que está estipulado.

i) La elaboración, la distribución, el suministro o la venta de productos alimentarios cuando en su presentación se induce a confundir al consumidor sobre sus verdaderas características nutricionales, sin que haya trascendencia directa para la salud.

j) El incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas establecidas por esta ley y por las disposiciones concordantes.

k) El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulan las autoridades sanitarias o sus agentes siempre que se producen por vez primera y no comportan daño grave para la salud.

l) La distribución de productos sin las marcas sanitarias preceptivas, con marcas sanitarias que no se adecuan a las condiciones establecidas o la utilización de marcas o etiquetas de otras industrias o productores.

m) La distribución, tener a la venta o vender productos pasada la fecha de duración máxima o la fecha de caducidad indicada en las etiquetas o manipular estos datos.

n) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias cuyo uso no está autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimentario y alimentoso de que se trate, cuando no se producen riesgos graves y directos para la salud de las personas.

o) El incumplimiento de los deberes de colaboración, información y declaración a las autoridades sanitarias y a sus agentes para la elaboración de los registros y documentos de información sanitaria que establece la normativa aplicable, así como la no utilización o utilización notoriamente defectuosa del procedimiento establecido para el suministro de datos y documentos.

p) El incumplimiento de los deberes de confidencialidad y/o custodia de la información relativa a la salud de los trabajadores.

q) Las que sean concurrentes con otras infracciones leves o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

r) El incumplimiento de la normativa sanitaria vigente con trascendencia directa para la salud pública.

s) Las que, a pesar de ser calificadas de leves por esta ley, hayan producido un riesgo o daños leves en la salud de las personas.

t) Las que, en aplicación de los criterios establecidos en este título, tienen la calificación de graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

Artículo 56. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves las siguientes:

a) Las que reciben expresamente esta calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.

b) La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o el desarrollo de cualquier actividad cuyo precintado, clausura, suspensión, cierre o limitación de tiempo haya sido establecida por la autoridad competente, cuando se produce de manera reiterada, aunque no concurra daño grave para la salud de las personas.

c) El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, de las obligaciones o de las prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria o cualquier otro comportamiento doloso, aunque no dé lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.

d) La preparación, la distribución, el suministro o la venta de alimentos o bebidas que contienen gérmenes, sustancias químicas o radioactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al hombre o que superan las limitaciones o la tolerancia reglamentariamente establecida en la materia, con riesgo grave para la salud.

e) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos y sustancias cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimentario y alimentoso de que se trate y produzca riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.

f) La desviación para el consumo humano de productos que no son aptos o que están destinados específicamente a otros usos.

g) La negativa absoluta a facilitar información, a suministrar datos o a prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes, en el ejercicio de sus funciones.

h) La resistencia, la coacción, la amenaza, la represalia, el desacato o cualquier otra forma de presión ejercidos sobre las autoridades sanitarias o sus agentes en el ejercicio de sus funciones.

i) Las que son concurrentes con otras infracciones sanitarias graves o han servido para facilitarlas o encubrirlas.

j) El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, así como el incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas adoptadas, cuando se producen de manera reiterada o cuando concurre daño grave para la salud de las personas.

k) La elaboración, la distribución, el suministro o la venta de productos alimentosos cuando en su presentación se induce a confundir al consumidor sobre las verdaderas características nutricionales, con trascendencia directa para la salud.

l) Utilizar materiales, sustancias y métodos no autorizados con una finalidad diferente o en cantidades superiores a las autorizadas en los procesos de producción, elaboración, captación, tratamiento, transformación, conservación, envase, almacenaje, transporte, distribución y venta de alimentos, bebidas y aguas de consumo.

m) Las que, a pesar de ser calificadas de leves o graves por esta ley o por otra normativa sanitaria, han producido riesgo o daños graves o muy graves en la salud de las personas.

n) Las que, en aplicación de los criterios establecidos en este título, tienen la calificación de muy graves o no procede su calificación como faltas leves o graves.

Artículo 57. *Sanciones.*

1. A las infracciones en materia de salud pública les corresponden las sanciones siguientes:

a) A las infracciones leves, multa de hasta seis mil euros.

b) A las infracciones graves, multa de entre seis mil uno y sesenta mil euros.
c) A las infracciones muy graves, multas de entre sesenta mil uno y un millón de euros.

2. Además de las sanciones previstas por la comisión de infracciones graves y muy graves, pueden imponerse las sanciones siguientes:

a) En los casos de especial gravedad y trascendencia para la salud pública o persistencia de la infracción, el órgano competente puede acordar como sanción complementaria la suspensión de la actividad de la empresa, el servicio o el establecimiento hasta un máximo de cinco años, o la clausura de centros, servicios, instalaciones y establecimientos.
b) La suspensión o supresión de cualquier ayuda o subvención económica que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado a cualquiera de las administraciones públicas de las Illes Balears.

3. No tiene carácter de sanción la adopción de cualquier medida cautelar establecida en esta ley.
4. La imposición de una sanción no es incompatible con la obligación de reponer la situación alterada a su estado originario y con las indemnizaciones que, en su caso, debe satisfacer el responsable.
5. Puede imponerse como sanción accesoria el decomiso de los bienes o productos deteriorados, caducados, adulterados, no autorizados o que pueden suponer un riesgo para la salud, y deben ir a cargo del infractor los gastos que originen su intervención, depósito, decomiso, transporte y destrucción.

Artículo 58. *Graduación de las sanciones.*

La sanción a imponer ha de ser proporcionada a la gravedad del hecho y ha de graduarse atendiendo a la concurrencia de los siguientes factores:

a) Intencionalidad.
b) Reincidencia por la comisión, en el plazo de un año, de más de una infracción de la misma naturaleza cuando así ha sido declarado por resolución firme.
c) Generalitzación de manera que afecte a un colectivo.
d) Gravedad de la alteración sanitaria y social producida.
e) Riesgo para la salud.
f) Cuantía del eventual beneficio obtenido.
g) Incumplimiento de requerimientos o advertencias efectuados previamente por la administración competente.
h) Falta de colaboración en la reparación de la situación fáctica alterada.

Artículo 59. *Concurrencia de infracciones.*

No pueden sancionarse los hechos que han sido sancionados penalmente o administrativamente en los casos en que se aprecia identidad de sujeto, hecho y fundamento.

Artículo 60. *Responsabilidad.*

1. Son sujetos responsables las personas físicas o jurídicas que incurren en acciones u omisiones tipificadas como infracciones en materia de salud pública.
2. La responsabilidad puede exigirse también a los sujetos que, sin tener la consideración de autores, tienen el deber de prevenir la infracción cuando no han adoptado las medidas necesarias para evitar la comisión de la infracción.
3. Han de responder también del pago de la sanción las personas siguientes:

a) Los propietarios del establecimiento, ya sean personas físicas o jurídicas, han de responder solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por sus empleados o dependientes.
b) Los administradores de las personas jurídicas han de responder subsidiariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por estas.

4. La responsabilidad administrativa se entiende sin perjuicio de la que penalmente o civilmente puede corresponder al inculpado.

Artículo 61. *Prescripción de infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones establecidas en esta ley prescriben:

a) Las leves al año.
b) Las graves a los dos años.
c) Las muy graves a los cinco años.

2. Las sanciones impuestas de acuerdo con esta ley prescriben:

a) Las leves a los seis meses.
b) Las graves al año.
c) Las muy graves a los tres años.

3. Respecto al cómputo de los plazos de prescripción de las infracciones y las sanciones, es aplicable la normativa reguladora del procedimiento administrativo común.

Artículo 62. *Procedimiento.*

1. El procedimiento sancionador en materia de salud pública ha de ajustarse a las disposiciones legales sobre procedimiento administrativo, a las normas dictadas por el Gobierno de las Illes Balears sobre procedimiento sancionador, a la normativa de desarrollo de esta ley y, en general, al resto de normativa aplicable.
2. El plazo para dictar y notificar la resolución de un expediente sancionador es de un año.

Disposición adicional primera. *Traspaso de competencias.*

En el momento en que la Agencia de Salud Pública de las Illes Balears asume sus funciones, se tiene que subrogar en la posición jurídica de la Administración de la comunidad autónoma de las Illes Balears en todo lo que afecte al ámbito de sus competencias.

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».

§ 27

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana

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

Sea notorio y manifiesto a todos los ciudadanos 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

I

El derecho a la protección de la salud está reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, que, asimismo, 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.

La salud constituye, por tanto, un derecho esencial de la persona y, como tal, sólo a través de su satisfacción individual y colectiva puede materializarse la igualdad sustancial entre los individuos, que la sociedad demanda y la Constitución sanciona.

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.

Los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, enunciados como principios generales en la Ley General de Sanidad, fueron desarrollados a través de 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. Dicha ley adaptó el contenido de los derechos y deberes a la especial protección a la que está sometida la información sanitaria, para ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínica las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, estableció acciones, mecanismos e instrumentos de coordinación y cooperación de las diferentes administraciones públicas sanitarias, con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Posteriormente, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, estableció las bases para que la población pudiese alcanzar y mantener el mayor nivel de salud posible, mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales, que permitiesen actuar

sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, previniendo la enfermedad y protegiendo y promoviendo la salud de las personas.

La Ley General de Salud Pública partió del hecho de que el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución se había interpretado, en términos generales, como el derecho a recibir asistencia sanitaria frente a la enfermedad, pero no se habían desarrollado del mismo modo los esfuerzos que la administración y la sociedad deben hacer en materia de prevención de la enfermedad y de promoción y protección de la salud. Por este motivo, la referida Ley 33/2011, de 4 de octubre, vino a completar ese vacío legal con la vertiente preventiva y de protección y promoción de la salud.

En lo que respecta a nuestro ámbito territorial y competencial, en el año 2003 se aprobó la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, en la que se estableció la organización de los servicios sanitarios públicos; se creó el organismo autónomo Agencia Valenciana de Salud, actualmente extinto tras la aprobación de la Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat; se definió el Plan de Salud de la Comunitat Valenciana y se hizo efectivo el derecho de participación ciudadana, a través de la constitución del Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana.

Consciente de que las drogas y los problemas adictivos constituyen un fenómeno social de primer orden de carácter multicausal con consecuencias a nivel individual y colectivo, la Generalitat aprobó la Ley 3/1997, de 16 de junio, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Dicha ley auspició la articulación de una serie de medidas y recursos que han configurado el circuito terapéutico de drogodependencias en el ámbito de la Comunitat Valenciana. Debido a las modificaciones operadas sobre la citada ley, se convino la necesidad de refundir todas ellas en el hasta ahora vigente Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.

Las actuaciones en materia de salud pública se regularon por la Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. Esta ley concentró la actividad de salud pública en la vigilancia, planificación, prevención y protección de la salud. Para ello, orientó su acción en dos grandes áreas: el Sistema de Información en Salud Pública y el desarrollo de intervenciones en el ámbito comunitario, a través de los servicios de salud pública y de las estructuras asistenciales.

Con la Ley 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario de la Comunitat Valenciana, se estableció un cuerpo normativo regulador de las condiciones de acceso a las prestaciones sanitarias del sistema sanitario público de todas las personas que se encuentran en el territorio de la Comunitat Valenciana, con independencia del origen de su derecho a la asistencia, cuyo reconocimiento es de competencia estatal. Asimismo, se reguló el registro de datos de identificación, localización, asignación de recursos y acreditación de prestaciones sanitarias del denominado Sistema de Información Poblacional, así como los documentos de identificación sanitaria.

Por último, en el ámbito de los derechos del paciente y como desarrollo de la legislación básica estatal, se aprobaron la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunitat Valenciana, y la Ley 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de Derechos de Salud de Niños y Adolescentes de la Comunitat Valenciana. Entre los derechos reconocidos en esta última ley cabe hacer mención del derecho de salud en el medio escolar por tener, asimismo, una regulación específica a través de una ley autonómica del año 1994, la Ley 1/1994, de 28 de marzo, de la Generalitat, de Regulación de la Salud Escolar de la Comunitat Valenciana.

Los cambios operados en el escenario legislativo estatal, con incidencia directa en nuestra esfera normativa, así como la necesidad de afrontar los nuevos retos de una administración autonómica más moderna, transparente, ágil y eficaz, han constituido los principales motores de impulso en la aprobación de esta Ley de Salud de la Comunitat Valenciana. La presente ley nace con la vocación de ser una norma global e integral, que permita a los ciudadanos y al personal sanitario disponer de un único instrumento legal regulador de la salud en el ámbito de la Comunitat Valenciana, sin perjuicio de la ordenación farmacéutica, que constituye en sí misma una materia con entidad propia y diferenciada respecto a la contenida en la presente ley.

La regulación en una misma ley de la ordenación, la asistencia sanitaria y la salud pública se fundamenta en la existencia de una íntima conexión entre los dispositivos de salud pública y los servicios sanitarios asistenciales. Estos últimos desempeñan también una importante labor en acción preventiva y salud comunitaria, lo que exige una eficaz coordinación de ambas organizaciones para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido constitucionalmente. Por su parte, la regulación en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos no puede desligarse de la asistencia sanitaria, siendo un problema de primer orden para la salud pública. Asimismo, se ha integrado en la presente ley la regulación de los derechos y deberes en el ámbito de la salud, ya que constituye un aspecto inherente al buen funcionamiento del Sistema Valenciano de Salud y una garantía para los ciudadanos en su relación con los servicios sanitarios.

Encuadrada la competencia de la Generalitat en el Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, artículos 49.1.11.ª y 54, y en la legislación básica estatal, la presente ley configura un nuevo marco regulador de la salud, para dar la respuesta más eficiente posible a las necesidades en esta materia de la población de la Comunitat Valenciana dentro del contexto descrito.

II

La presente ley se estructura de la siguiente forma:

El título I contiene las disposiciones generales, estableciendo el objetivo de la ley, las actuaciones de la Generalitat para su consecución y los principios que la inspiran, así como un artículo con definiciones de terminología técnico-sanitaria, a fin de facilitar la comprensión del texto legislativo.

El título II regula las competencias de la Generalitat y de las entidades locales de la Comunitat Valenciana.

El título III configura el Sistema Valenciano de Salud, cumpliendo el mandato de ley General de Sanidad que establece que las comunidades autónomas constituirán y organizarán sus propios servicios de salud. El Sistema Valenciano de Salud se define como 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 protección de la salud, incluyendo tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones de salud pública.

Este título desarrolla las actuaciones y la cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud, la planificación, la ordenación territorial, los medios personales y la condición de autoridad pública del personal sanitario, así como la participación ciudadana en el Sistema Valenciano de Salud, dejando para ulteriores títulos aquellas actuaciones del Sistema Valenciano de Salud con entidad propia, como son las políticas en materia de salud pública y en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Asimismo, se ha integrado en este título la regulación del Sistema de Información Poblacional (SIP) y los documentos de identificación que se expiden a partir de éste, partiendo de que el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de los asegurados y sus beneficiarios es competencia del Estado.

El título IV contiene las directrices de la Generalitat en el ámbito de la salud pública y define las actuaciones estratégicas en materia de salud pública: la vigilancia, a través del Sistema de Información en Salud Pública y la Red de Vigilancia en Salud Pública; la promoción de la salud; la protección de la salud, en la cual se integran la seguridad alimentaria, la salud laboral y la sanidad ambiental, y la prevención de la enfermedad. Por último, se regula la planificación, la evaluación del impacto en salud, así como la necesidad de la debida coordinación de los recursos sanitarios para una eficaz atención asistencial y de salud pública en la Comunitat Valenciana.

El título V está dedicado a los derechos y deberes en el ámbito de la salud. Contiene una regulación específica respecto de los derechos del menor, entre los que se incluye la salud escolar. Debido al carácter bifronte de la regulación en materia de derechos y deberes de los pacientes y personas usuarias, es necesario realizar una lectura integrada de la normativa

estatal, que contiene los preceptos básicos, y de la presente ley, que desarrolla aspectos de éstos en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana.

En el título VI se regulan las drogodependencias y otros trastornos adictivos en el contexto del Sistema Valenciano de Salud, teniendo en cuenta las singularidades propias de la materia, como consecuencia de su naturaleza dual: sanitaria y social. En este título se desarrollan las líneas de actuación, basadas en la planificación, la prevención y la atención a las personas con adicciones, y se regula la publicidad, promoción, venta, suministro y consumo de determinadas sustancias y productos.

El título VII regula la docencia, la investigación y la innovación en el marco del Sistema Valenciano de Salud y la necesaria coordinación entre departamentos de la Generalitat y entre ésta y otras administraciones públicas para su eficaz ejercicio.

Por su parte, el título VIII establece la intervención de los poderes públicos en materia de salud individual y colectiva, dentro del cual se regula de manera exhaustiva el conjunto de medidas especiales cautelares y definitivas que las autoridades públicas sanitarias pueden adoptar ante situaciones que tengan una repercusión negativa sobre la salud de los ciudadanos.

Por último, el título IX contiene el régimen sancionador, con un marco diferenciado para la ordenación y la asistencia sanitaria, las drogodependencias y otros trastornos adictivos y la salud pública. Se ha pretendido en este título una regulación unitaria, coordinada y coherente, remitiendo en lo básico a las normas estatales reguladoras, que en la actualidad son, además de la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud Pública, las siguientes: la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, y la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

TÍTULO I

Disposiciones generales

CAPÍTULO I

Objeto

Artículo 1. *Objeto de la ley.*

La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, en el marco de las competencias previstas en los artículos 49.1.11, 49.3.1.ª y 54 del Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la ordenación de la atención sanitaria a nivel individual y poblacional, y las prestaciones y servicios necesarios.

Artículo 2. *Actuaciones de la Generalitat.*

Corresponde 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 las actuaciones, medidas y prestaciones del Sistema Valenciano de Salud.

CAPÍTULO II

Principios y definiciones

Artículo 3. *Principios rectores.*

1. El sistema valenciano de salud se orienta a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la asistencia sanitaria y desarrolla todas sus actividades con arreglo a los siguientes principios rectores:

a) Universalización de la atención sanitaria, garantizando la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias y de salud pública, de conformidad con la legislación vigente.

b) Las políticas de salud estarán orientadas hacia la superación de los desequilibrios territoriales y sociales y, de modo particular, hacia la superación de las desigualdades de salud en la población, entendidas como diferencias sistemáticas, evitables e injustas en el nivel de salud de distintos grupos sociales definidos por identidad de género, orientación sexual, edad, etnia, clase social, situación de discapacidad o dependencia.

c) Las políticas de salud deberán evaluarse en su implementación y en sus resultados con una periodicidad acorde al carácter de la acción implantada.

d) Las políticas de salud, así como sus resultados y evaluación, deberán ser transparentes. La información proporcionada al respecto deberá ser clara, sencilla en formatos accesibles y comprensible para el conjunto de la ciudadanía.

e) El sistema valenciano de salud articulará la participación activa de la comunidad en el diseño, seguimiento y evaluación de sus políticas sanitarias.

f) El sistema valenciano de salud promoverá la integración de todos sus componentes para garantizar la continuidad en la prestación asistencial, con criterios de equidad, calidad y sostenibilidad.

g) El sistema valenciano de salud promoverá una visión integral de los problemas de salud basada en la atención primaria, impulsando acciones dirigidas a favorecer el trabajo en equipo y el desarrollo de redes asistenciales, en la atención integral a los problemas de salud.

h) Los centros que componen el sistema valenciano de salud se regirán por criterios de equidad, gestión democrática, transparencia, accesibilidad y coordinación, y usarán sus recursos con racionalidad, eficiencia y efectividad, desarrollando modelos de excelencia pública.

i) El acceso al sistema sanitario y sociosanitario, su organización, sus políticas, estrategias y programas y el conjunto de sus prestaciones, se orientarán hacia la igualdad efectiva de toda la ciudadanía, integrando activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres.

j) En todos sus niveles y actuaciones, el sistema valenciano de salud velará por la dignidad de la persona y por el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, con plena consideración de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por la ciudadanía, de conformidad con la legislación vigente.

k) El sistema valenciano de salud fomentará la investigación y la innovación en salud en todos sus ámbitos de actividad como elemento esencial para el progreso del mismo, e impulsará la colaboración entre centros de investigación a nivel autonómico, estatal e internacional. Se crearán los cauces de difusión necesarios para que los resultados lleguen a los profesionales de la salud.

l) El uso de las tecnologías de la información y comunicación en todos los ámbitos del sistema y su interoperabilidad son un elemento clave en el desarrollo sanitario y en la salvaguarda de los derechos de las personas.

m) Las actuaciones de salud tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyan en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan el medio ambiente y los entornos saludables, restringiendo aquellas que supongan riesgos para la salud, orientándose a la protección y mejora de la salud desde todas las políticas de gobierno.

n) Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones específicas sobre sus determinantes. Igualmente, las actuaciones incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad, diversidad funcional y a la infancia y la adolescencia.

o) La formación continuada es un derecho y un deber del personal sanitario del sistema valenciano de salud, que deben actualizar sus conocimientos y sus habilidades de acuerdo con la evolución científico-técnica y con las necesidades de salud de la población.

La conselleria competente en materia de sanidad velará por el cumplimiento de este principio y facilitará su consecución estableciendo los mecanismos y los planes oportunos.

El sistema valenciano de salud garantizará la formación y actualización de conocimientos de sus profesionales como seña de calidad en su formación continuada y especializada.

p) Las políticas públicas de salud y atención sanitaria se inspiraran en un tratamiento apropiado de diversidad humana y social, con arreglo a un enfoque inclusivo que incorpore la humanización de la asistencia sanitaria y la atención sociosanitaria en todas las fases y por todo el personal involucrado.

2. Estos principios rigen la actuación del sistema valenciano de salud y deberán informar la actuación de las entidades privadas y de los particulares.

3. El modelo de organización de centros y servicios del sistema valenciano de salud se caracteriza preferentemente por la gestión directa, como fórmula de mayor garantía de universalidad, de accesibilidad, de equidad, de no discriminación y de no demora en el acceso a la asistencia sanitaria a los servicios y actuaciones sanitarias y de salud pública.

Artículo 4. *Definiciones.*

A los efectos de esta ley, se entenderá por:

1. Determinantes de la salud: conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado o condición de salud de los individuos o poblaciones.

2. Desigualdades de salud: diferencias sistemáticas, evitables e injustas en el nivel de salud de distintos grupos sociales definidos por identidad de género, orientación sexual, edad, etnia, nivel socioeconómico, situación de discapacidad o dependencia, lugar de residencia o país de origen, entre otros factores.

3. Evaluación del impacto en salud: combinación de métodos, procedimientos y herramientas con los que puede ser analizada una política, un programa, proyecto o actividad en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y de sus subgrupos.

4. Institución sanitaria: conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que personal profesional capacitado, por su titulación oficial o habilitación profesional, realiza básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

5. Servicios sanitarios: conjunto organizado de prestaciones de la administración sanitaria, tengan un carácter individual o colectivo, con el objetivo de mejorar la prevención y salud de las personas y reducir las desigualdades de salud en la población, incluyendo tanto los servicios asistenciales como de salud pública.

6. Paciente: persona que requiere y recibe asistencia sanitaria para el mantenimiento o recuperación de su salud.

7. Persona usuaria: persona que utiliza o se beneficia de los servicios sanitarios, cualquiera que sea su naturaleza.

8. Cribados: actividades orientadas a la detección precoz de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento temprano, que, en el marco de programas organizados, se ofrecen activamente al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad, aunque no tenga síntomas ni haya demandado ayuda médica.

CAPÍTULO III

Atención farmacoterapéutica integral

Artículo 4 bis. *Equidad farmacoterapéutica.*

1. La conselleria competente en materia de sanidad velará por la equidad farmacoterapéutica, a fin de que:

a) Todas las personas reciban una atención farmacéutica integral, continua, óptima, de calidad, segura y eficiente en todos los ámbitos asistenciales y en todas las etapas del proceso farmacoterapéutico.

b) Todas las personas puedan acceder al tratamiento más eficiente para un mismo problema clínico.

2. La conselleria competente en materia de sanidad garantizará el acceso a los tratamientos farmacológicos a la ciudadanía, prescritos por los y las profesionales del sistema valenciano de salud, y por tanto necesarios para el restablecimiento de la salud, adoptando las medidas necesarias para que ninguna persona quede excluida de la prestación farmacéutica incluida en la cartera básica de servicios del sistema nacional de salud por razones económicas.

3. El proceso farmacoterapéutico contemplará a la persona como centro del proceso, orientando los servicios a las personas.

Artículo 4 ter. *Uso racional y armonizado del medicamento.*

1. La conselleria competente en materia de sanidad velará por el uso racional y armonizado de los medicamentos, con criterios de equidad, adherencia al tratamiento, efectividad, seguridad y coste y resultantes del consenso clínico, garantizándose la optimización en todas las etapas del proceso farmacoterapéutico, de conformidad con lo previsto en esta ley y demás normativa vigente.

2. La conselleria competente en materia de sanidad pondrá a disposición del colectivo de profesionales un sistema de información como apoyo a la prescripción que:

a) Disponga de la información necesaria para la toma de decisiones basada en la mejor evidencia científica disponible y en los resultados en salud en la práctica clínica.

b) Incluya los protocolos de tratamiento por patología recomendados, con indicación de los estándares de elección y las alternativas de elección terapéutica, según criterios de eficiencia, tal y como se establece en el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio.

3. La conselleria competente en materia de sanidad proporcionará una correcta información y formación al personal profesional sanitario y las personas para una óptima utilización de los medicamentos y productos sanitarios.

4. La conselleria competente en materia de sanidad aplicará un sistema de proceso farmacoterapéutico basado en el ciclo de mejora continua y que permita la gestión clínica al colectivo de profesionales en sus distintos niveles y por tanto la corresponsabilidad para la gestión de los recursos farmacoterapéuticos por parte de este colectivo.

CAPÍTULO IV

Artículo 4 quater.

Sobre la base de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran asistencia sanitaria, la conselleria competente en materia de sanidad adecuará su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental se realizará principalmente en el ámbito comunitario, potenciando sus recursos y la atención domiciliaria.

2. Se potenciará la prevención de primeros episodios mediante programas de intervención temprana evitando la estigmatización.

3. Se potenciarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para la atención integral de las necesidades de las personas con trastornos mentales en su entorno natural, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales, con las unidades de conductas adictivas y con las organizaciones de usuarios.

4. Se respetarán, promoverán y defenderán los derechos de ciudadanía de las personas usuarias de los servicios de salud mental fomentando la cultura de unos servicios de salud mental libres de coerción y respetando al máximo su dignidad.

5. Se promoverá la corresponsabilidad y participación de las personas con trastornos de salud mental, de sus familias y de sus movimientos sociales organizados en la definición y desarrollo de la estrategia pública en salud mental.

Artículo 4 quinquies. *Atención a la salud mental.*

1. La atención a la salud mental es el conjunto de intervenciones, integradas en el sistema valenciano de salud, dirigidas a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención continuada a las personas con problemas de esta naturaleza.

2. La conselleria con competencias en materia de sanidad, coordinadamente con la conselleria con competencias en materia de servicios sociales, desarrollará el marco adecuado para la atención a la salud mental de acuerdo con el modelo comunitario que proporcione una atención integral a la salud mental, mediante el desarrollo de programas transversales e interdisciplinares que garanticen la continuidad de cuidados y disminuyan la variabilidad entre los departamentos de salud, orientado a la recuperación, inclusión social y participación activa de las personas con trastornos mentales.

3. Los principios y valores básicos del desarrollo de dicho modelo estarán en concordancia con los acordados para el conjunto del sistema nacional de salud y las diversas recomendaciones comunitarias sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales, en concreto:

a) Autonomía de las personas con trastornos mentales.

b) Continuidad asistencial a lo largo de la vida y entre los servicios que la garantizan.

c) Transversalidad y coordinación intersectorial para orientar los servicios a las necesidades de las personas con problemas de salud mental.

d) Accesibilidad de los servicios adaptada a las necesidades del paciente y sus familiares.

e) Orientación de los servicios hacia la recuperación, empoderamiento e inclusión social y conciencia de ciudadanía.

f) Reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a pacientes y personas usuarias, familiares y a la comunidad.

g) Calidad de los servicios, que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando intervenciones basadas en la evidencia científica.

h) Corresponsabilidad y participación de las personas con trastornos de salud mental, de sus familias y de sus movimientos sociales organizados en la definición, despliegue y seguimiento de las estrategias públicas de salud mental.

i) Apoyo permanente a las familias.

Artículo 4 sexies. *Actuaciones en salud mental.*

Las actuaciones en materia de salud mental del sistema valenciano de salud son el conjunto de prestaciones, servicios y atenciones de carácter integral y continuado que se orientan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.

Estas actuaciones se orientarán a:

a) Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos.

b) Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población.

c) Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales, desarrollando políticas públicas de información y normalización, así como campañas de sensibilización, en colaboración con el tejido asociativo vinculado a la atención a la salud mental en nuestra comunidad.

d) Mejorar la calidad, equidad y continuidad de la atención a los problemas de salud mental.

e) Diseñar e implementar programas específicos, protocolos y circuitos asistenciales por patologías relevantes, reforzando las intervenciones sobre los colectivos más perjudicados o vulnerables, para reducir las desigualdades detectadas.

f) Implantar procedimientos que garanticen el uso de buenas prácticas y el respecto de los derechos y dignidad de las personas con problemas de salud mental.

g) Promover la cooperación y corresponsabilidad de todos los departamentos involucrados en la mejora de la salud mental.

h) Potenciar la participación de las personas que presentan trastornos mentales y de sus familiares, entidades legalmente reconocidas por la defensa de intereses colectivos en la materia y profesionales en el sistema valenciano de salud.

i) Potenciar la formación del personal profesional del sistema valenciano de salud para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

j) Potenciar la investigación en salud mental y la aplicación de los resultados a la práctica clínica.

k) Apoyar a la formación y preparación de las familias de las personas que presentan trastornos mentales.

l) Elaborar protocolos para la detección precoz.

m) Fomentar tratamientos psicológicos dentro del ámbito de la atención primaria sanitaria, con el objetivo de desmedicalizar los trastornos mentales comunes, siguiendo la evidencia científica disponible.

n) Impulsar la figura del psicólogo clínico en las unidades de apoyo de atención primaria.

o) Elaborar protocolos para que en situaciones excepcionales derivadas de crisis sanitarias se configuren medidas específicas de atención a la salud mental.

Artículo 4 septies. *Implementación de profesionales de salud mental en el ámbito sanitario.*

De cara al cumplimiento de la atención y las actuaciones en salud mental, se llevará a cabo la implementación de profesionales de salud mental en el ámbito sanitario bajo los siguientes criterios:

1. Corresponde a las administraciones públicas sanitarias proveer el personal sanitario y social suficiente para hacer efectiva la garantía de tiempo en la atención a la salud mental.

2. Con cuyo objeto, se establece la implementación, en función del número de habitantes, de profesionales de la salud mental, entre los cuales necesariamente habrá psiquiatras, psicólogas y psicólogos clínicos, enfermeras y enfermeros especialistas de salud mental y profesionales sociosanitarios relacionados con la atención a la salud mental.

3. En coherencia con la tasa reflejada en el apartado anterior, se garantizará que, al menos, se dispondrá de un psicólogo clínico en cada centro de salud de atención primaria, en cumplimiento de las ratios mínimas que recomiendan las organizaciones europeas de salud mental. Ante la imposibilidad de contar con un psicólogo clínico para dar cobertura a la salud mental, se requerirá el perfil del psicólogo general sanitario para suplir estas funciones en los centros de salud donde se dé este supuesto.

TÍTULO II

Competencias de la Generalitat y de las entidades locales

Artículo 5. *Competencias de la Generalitat.*

Corresponden a la Generalitat las siguientes competencias:

1. La determinación de los criterios y prioridades de la política en materia de salud y su gestión, así como la coordinación de las actuaciones que en esta materia se lleven a cabo en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, en especial con las entidades locales, garantizando el debido funcionamiento de los servicios sanitarios y sociosanitarios.

2. El establecimiento de los criterios generales de planificación y ordenación territorial del Sistema Valenciano de Salud.

3. La vigilancia, supervisión, inspección y evaluación de las actividades del Sistema Valenciano de Salud y su adecuación al Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.

4. La adopción de medidas de intervención sobre centros, servicios, establecimientos sanitarios y no sanitarios y de aquellas actividades que puedan afectar a la salud pública.

5. La aprobación, coordinación y fomento de programas de formación en el ámbito de la salud.

6. La aprobación, coordinación y fomento de programas de investigación e innovación en el ámbito de la salud.

7. Las competencias que le atribuya la presente ley, el ordenamiento jurídico y las que puedan resultar de aplicación en el marco del Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana.

8. La aprobación del mapa sanitario de la Comunitat Valenciana y de sus modificaciones.

9. La autorización, cualificación, catalogación, registro, evaluación y acreditación, en su caso, de todo tipo de servicios, centros o establecimientos sanitarios, así como su inspección y control.

10. La regulación y control de la publicidad sanitaria de conformidad con lo dispuesto en la normativa básica.

11. La vigilancia e intervención frente a zoonosis, brotes epidémicos y situaciones de riesgo, así como frente a enfermedades prevalentes, emergentes y reemergentes.

12. Promocionar hábitos de vida saludable entre la población, con atención específica a los grupos sociales más vulnerables.

13. La vigilancia y control de las actuaciones relacionadas con la salud de la población trabajadora.

14. La vigilancia y control sanitario en materia de productos químicos y biocidas.

15. La atención al medio ambiente, en colaboración con el departamento del Consell competente en esta materia, en cuanto a su posible repercusión sobre la salud humana.

16. La vigilancia sanitaria y el control oficial en la producción, transformación, almacenamiento, transporte, manipulación, comercialización y venta de alimentos, bebidas y productos relacionados directa o indirectamente con la alimentación, en coordinación con el departamento del Consell competente en materia de alimentación.

17. Los registros, autorizaciones sanitarias e inspecciones y auditorías de cualquier tipo de instalaciones, establecimientos, servicios, actividades y productos, directa o indirectamente relacionados con la salud de la población, sin perjuicio de las competencias de otras consellerias y otras administraciones públicas.

Artículo 6. *Competencias de las entidades locales.*

1. Los municipios de la Comunitat Valenciana prestarán los servicios mínimos obligatorios en el ámbito sanitario establecidos en la legislación sobre régimen local.

2. En el marco de lo previsto en la legislación básica estatal, los municipios ejercerán las siguientes competencias:

a) La salubridad pública.

b) El control sanitario de industrias, actividades, servicios y transportes.

c) El 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-deportivas y de recreo.

d) El control sanitario del medio ambiente urbano.

e) El control sanitario de los cementerios y la policía sanitaria mortuoria.

f) El ejercicio de la potestad sancionadora y la adopción de medidas especiales cautelares y definitivas, en los términos previstos en esta ley.

g) En materia de drogodependencias:

1.º El establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos donde se suministren, vendan, dispensen o consuman bebidas alcohólicas y tabaco, así como la vigilancia y control de estos establecimientos.

2.º El otorgamiento de la licencia de apertura a los establecimientos mencionados en el apartado anterior.

3.º Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que establece el título VI de esta ley, especialmente en la dependencias municipales.

h) La participación, en colaboración con los equipos de atención primaria y de salud pública, encaminada a potenciar ciudades saludables, mediante la creación de mesas intersectoriales.

3. Además de las competencias previstas en los apartados anteriores, los municipios de la Comunitat Valenciana ejercerán las siguientes competencias en función de la población:

a) Los municipios de más de 20.000 habitantes:

1.º La aprobación y ejecución de un plan municipal sobre trastornos adictivos, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos en el Plan Estratégico sobre Trastornos Adictivos de la Generalitat, que incluirá programas de prevención, así como de información y asesoramiento a través de las unidades destinadas a la prevención comunitaria de conductas adictivas. Para la aprobación del plan municipal, se solicitará informe preceptivo y vinculante a la conselleria que ostente las competencias en materia de trastornos adictivos.

2.º La coordinación de los programas municipales de prevención en materia de trastornos adictivos que se desarrollen exclusivamente en su ámbito territorial.

3.º El fomento de la participación social y de las instituciones sin ánimo de lucro que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el plan municipal sobre trastornos adictivos.

4.º La constitución de unidades destinadas a la prevención comunitaria de conductas adictivas, dotándolas de los medios técnicos y humanos necesarios.

b) Los municipios de menos de 20.000 habitantes y otras entidades locales, para poder ejercer las competencias en materia de drogodependencias previstas en los tres apartados anteriores y, en su caso, poder obtener financiación pública para tales fines, deberán elaborar y aprobar un plan sobre drogas y trastornos adictivos, bien de forma individual o mediante agrupaciones de municipios y mancomunidades, si no tienen suficiente capacidad económica y de gestión. Para la aprobación del plan se solicitará informe preceptivo y vinculante a la conselleria que ostente las competencias en materia de trastornos adictivos.

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.

TÍTULO IV

Salud pública

CAPÍTULO I

Concepto y funciones de salud pública

Artículo 21. *Concepto de salud pública.*

1. Se entiende por salud pública, a los efectos de esta ley, el conjunto de las actividades organizadas por las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para promover, proteger y recuperar la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

2. La Generalitat promoverá la participación de las personas y de las organizaciones sociales en que estas se agrupan en el desarrollo de las actividades en materia de salud pública y, de manera muy especial, en las actuaciones de promoción de la salud, de forma que se produzca una responsabilidad social compartida de los actores públicos y privados.

Artículo 22. *Funciones de salud pública.*

Son funciones esenciales de salud pública:

1. La valoración de las necesidades de salud de la población, a través de la medición y el análisis de los determinantes de la salud, con especial atención a los determinantes sociales y estructurales, y a las desigualdades en salud en la población, especialmente las debidas a edad, identidad de género, orientación sexual, discapacidad o dependencia, etnia, nivel socioeconómico, lugar de residencia y país de origen.

2. La planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas para la vigilancia, la promoción y la protección de la salud y la prevención de las enfermedades así como el impulso y coordinación de las estrategias y acciones necesarias para hacer efectivo el enfoque de salud en todas las políticas, asumiendo la salud como un objetivo compartido para el que es necesario cooperar y establecer sinergias con otros sectores e implicar a las personas.

3. La promoción de iniciativas de salud que faciliten la inclusión social y comunitaria de los colectivos más desfavorecidos, contribuyendo a configurar estrategias para la reducción de las desigualdades de salud.

4. La prestación de servicios de salud pública, en el marco de la garantía de prestación de los servicios sanitarios a la población.

5. La inclusión de la ciudadanía como parte activa necesaria del diseño, desarrollo y 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.

CAPÍTULO II

Vigilancia e información en salud pública

Artículo 23. *Vigilancia en salud pública.*

1. La vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones en salud pública.

2. Para poder realizar un análisis actualizado y eficaz de la situación de la salud de la población, se monitorizarán los datos y parámetros de la salud y de sus principales determinantes, con el mayor nivel de desagregación territorial que sea viable.

3. Corresponde a la conselleria competente en materia de sanidad la responsabilidad de desarrollar y gestionar la vigilancia y la información en salud pública a través de la Red

Valenciana de Vigilancia en Salud Pública, el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida y el Sistema de Información en Salud Pública de la Comunitat Valenciana.

4. La vigilancia en salud pública atenderá, al menos, los siguientes factores:

a) Los determinantes sociales y estructurales de la salud.
b) Las desigualdades en salud en la población.
c) Los activos para la salud, promoviendo el enfoque salutogénico.
d) Los riesgos ambientales.
e) Los riesgos relacionados con las condiciones laborales.
f) Los riesgos relacionados con la disponibilidad y el consumo de alimentos.
g) Las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
h) Las lesiones y la violencia.
i) Los problemas de salud relacionados con el tránsito internacional de viajeros y bienes.
j) Cualquier otro factor relevante para la salud pública o sobre el que sea necesario actuar conforme al desarrollo normativo de ámbito nacional o internacional.

Artículo 24. *Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública.*

1. La Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública es la estructura organizada de sistemas de vigilancia que tiene como objetivo la detección, identificación y control de los acontecimientos que supongan una pérdida o riesgo de pérdida del estado de salud de la población.

2. La configuración y el funcionamiento de la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública serán determinados reglamentariamente. En todo caso, constituyen factores objeto de vigilancia: las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y sus determinantes; la información microbiológica; los riesgos ambientales, los alimentarios y los relacionados con el trabajo y los efectos de todos ellos sobre la salud; los condicionantes sociales y las desigualdades en salud, así como las lesiones, la violencia y sus efectos sobre la salud. Todo ello con criterios de equidad y especial atención hacia aquellos colectivos más vulnerables.

3. Los sistemas de vigilancia se crearán y regularán mediante norma reglamentaria, la cual establecerá su integración en la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública y el modo en que la información obtenida formará parte del Sistema de Información en Salud Pública de la Comunitat Valenciana.

4. Los profesionales, establecimientos y centros sanitarios, tanto públicos como privados, deberán colaborar con la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública.

Artículo 25. *Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida de la Comunitat Valenciana.*

1. La Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública contará con un Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida para la detección, evaluación y respuesta ante cualquier situación, enfermedad o riesgo que pueda suponer una amenaza real o potencial para la salud de la población.

2. El Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida estará integrado por el conjunto organizado de recursos y actuaciones necesarios para atender las situaciones de alerta y emergencia en salud pública que puedan plantearse en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, en el ámbito nacional y también en el supranacional. Este sistema tendrá un funcionamiento continuo las 24 horas al día.

3. Es obligación de la administración sanitaria competente comunicar a las personas, de manera comprensible y accesible, el nivel de riesgo existente, la previsión sobre su evolución y las medidas recomendadas para reducir la exposición al mismo o proteger la vida, la salud y la integridad de las personas.

4. Las administraciones públicas, el personal sanitario y las personas físicas y jurídicas tienen el deber de colaborar ante la declaración de una emergencia en salud pública, en la medida en que les sea solicitado por la autoridad competente y dentro del ámbito de sus responsabilidades.

5. La coordinación, gestión e intervención del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida en Salud Pública de la Comunitat Valenciana será objeto de desarrollo reglamentario.

Se incluye tanto la regulación de una gratificación por servicios extraordinarios prestados fuera de la jornada ordinaria de trabajo para retribuir la localización, disponibilidad y eventual prestación de servicio por parte del personal de salud pública que resulte necesaria para contar con un equipo de alerta, fuera del horario de funcionamiento ordinario, de los equipos de salud pública. Las retribuciones que se establezcan reglamentariamente comprenderán las actuaciones, fuera del horario ordinario, que resulten imprescindibles para atender las incidencias en materia de salud pública que no admitan demora. Así mismo, se reconoce el derecho a percibir complemento específico por la especial dedicación, disponibilidad, nocturnidad, turnicidad, festividad y atención continuada a los puestos de trabajo de salud pública que corresponda por sus particulares condiciones.

Artículo 26. *Sistema de Información en Salud Pública de la Comunitat Valenciana.*

1. El Sistema de Información en Salud Pública de la Comunitat Valenciana es la estructura organizada de información sanitaria, vigilancia y acción en salud pública.
2. El Sistema de Información en Salud Publica, que se aprobará reglamentariamente, estará integrado, como mínimo, por las estadísticas, registros y encuestas que midan la salud de la población de la Comunitat Valenciana y sus condicionantes, así como por la información sobre políticas y actuaciones de salud pública en todos los ámbitos de acción.
3. El sistema de información en salud pública utilizará mecanismos de información y divulgación comprensibles, accesibles y actualizados, con la finalidad de proporcionar información de calidad a las administraciones, profesionales y personas, materializando el derecho a la información epidemiológica.
4. El Sistema de Información en Salud Pública incluirá indicadores basados, entre otros, en los criterios de las organizaciones nacionales e internacionales de referencia en la vigilancia e información en salud pública. Asimismo, la información en salud pública deberá estar disponible en el nivel territorial más desagregado que sea técnicamente posible, ya que constituye un fundamento para la acción en salud pública.
5. Se adoptarán las medidas técnicas necesarias para asegurar la compatibilidad e interoperabilidad del sistema de información en salud pública, con los sistemas públicos de información sanitaria, atendiendo a lo dispuesto en el capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, sobre el sistema de información sanitaria.

Artículo 27. *Objetivos del Sistema de Información en Salud Pública.*

A través del Sistema de Información en Salud Pública se obtendrán los datos necesarios para:

1. Valorar las necesidades de salud en la Comunitat Valenciana, mediante la identificación de los problemas de salud que afectan a la población, así como sus riesgos y el análisis de los determinantes de la salud o sus efectos.
2. Realizar el análisis epidemiológico continuo del estado de salud, morbilidad y mortalidad de la población, detectando los cambios que puedan producirse en su tendencia, distribución y causas.
3. Realizar o proponer los estudios epidemiológicos específicos para un mejor conocimiento de la situación de salud de la Comunitat Valenciana, así como otros estudios en salud pública.
4. Aportar la información necesaria para facilitar la planificación, gestión, evaluación e investigación sanitaria y servir de base para la elaboración de las estadísticas de interés de la Generalitat.
5. Establecer mecanismos para informar y consultar a las organizaciones de los pacientes y personas usuarias, a las organizaciones ciudadanas, al personal sanitario y a otros agentes interesados en las cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario, especialmente en lo que hace referencia a las actividades de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad.
6. Desarrollar y mantener redes telemáticas para el intercambio de información sobre la mejor práctica en materia de salud pública.

Artículo 27 bis. *Observatorio Valenciano de Salud.*

1. Se creará, mediante disposición reglamentaria, el Observatorio Valenciano de Salud como espacio de información en salud, de acceso público, que incluya información relevante seleccionada sobre resultados en salud y determinantes para la población de la Comunitat Valenciana.
2. El Observatorio Valenciano de Salud tendrá el objetivo principal de proporcionar información útil para las políticas de salud municipales.
3. La información recogida o generada por el Observatorio Valenciano de Salud se compartirá con la administración local, así como con los consejos de salud, será accesible a la población y dada de la forma más comprensible para la ciudadanía.

Artículo 28. *Deber de colaboración.*

1. Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto del sector público como del privado, así como el personal sanitario, están obligados a adaptar sus sistemas de información y registros con la finalidad de colaborar en el Sistema de Información en Salud Pública de la Comunitat Valenciana.
2. Todas las administraciones públicas y las personas físicas o jurídicas están obligadas a participar, en el ámbito de sus competencias, en el Sistema de Información en Salud Pública.
3. Los datos de carácter personal recogidos o elaborados por las administraciones públicas para el desempeño de sus atribuciones que versen sobre materias relacionadas con la salud pública serán comunicados a este Sistema de Información con objeto de su tratamiento posterior para garantizar la salud de los habitantes de la Comunitat Valenciana, así como con fines históricos, estadísticos o científicos en el ámbito de la salud pública. La cesión de datos de carácter personal estará sujeta a la legislación en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 29. *Seguridad de la información.*

1. En todos los niveles del Sistema de Información en Salud Pública se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos, quedando obligados al secreto profesional todos aquellos que, en virtud de sus competencias, tengan acceso a éstos.
2. Los titulares de datos personales tratados en virtud de esta ley ejercerán sus derechos de acuerdo con lo dispuesto en la legislación reguladora de la protección de datos de carácter personal.

CAPÍTULO III

Promoción de la salud

Artículo 30. *Definición y régimen general.*

1. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud. Abarca tanto las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, grupos y comunidades como las acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que influyen sobre la salud. La promoción de la salud requiere el desarrollo de políticas públicas saludables en todos los ámbitos.
2. Las actuaciones de promoción de la salud se dirigirán a todas las etapas de la vida de las personas y a los diferentes entornos en los que éstas se desenvuelven, tales como la familia; el entorno educativo, laboral y sociosanitario; los espacios de ocio y la sociedad en su conjunto. Constituyen ámbitos especialmente sensibles en la promoción de la salud los que afecten a los colectivos sociales más desfavorecidos y vulnerables, así como las actuaciones relativas al urbanismo y al medio ambiente.
3. Las políticas en promoción de la salud tendrán carácter intersectorial, de modo que la acción conjunta en diversos ámbitos permita obtener resultados más eficaces y sostenibles respecto a la actuación estrictamente sanitaria.

4. Los poderes públicos fomentarán la labor de las entidades y organizaciones que realicen actividades de promoción de la salud, especialmente en proyectos de índole social y de responsabilidad social empresarial.

Artículo 31. *Herramientas para la promoción de la salud.*

1. Las acciones de promoción de la salud se desarrollarán, en el marco de las líneas estratégicas definidas en el plan de salud vigente, a través de actuaciones de planificación, informativas, divulgativas, educativas, de investigación, de fomento, de participación y, en su caso, coactivas.

2. La conselleria competente en materia de sanidad, en colaboración con los departamentos del Consell y administraciones públicas competentes, creará redes de promoción de la salud. Dichas redes se conciben como herramientas de intercambio de conocimiento y aprovechamiento de experiencias y proyectos realizados en distintos ámbitos. Constituyen ámbitos propicios para la creación de redes: los entornos comunitarios, los centros docentes, los centros de atención a personas mayores y personas con discapacidad, los centros sanitarios, las asociaciones de pacientes y personas usuarias, las empresas, los medios de comunicación y los centros penitenciarios.

CAPÍTULO IV

Protección de la salud

Artículo 32. *Protección de la salud.*

La protección de la salud es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir los efectos adversos que los productos, elementos, procesos del entorno y factores ambientales de carácter físico, químico y biológico puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población.

Artículo 33. *Seguridad alimentaria.*

1. En el marco europeo y nacional de seguridad alimentaria, la Generalitat garantizará el reconocimiento y la protección efectiva del derecho a la seguridad alimentaria, asegurando un nivel elevado de protección de la salud de las personas en relación con los peligros y riesgos alimentarios.

2. Las políticas de seguridad alimentaria se basarán en el análisis del riesgo y, en sus distintos componentes. Se llevará a cabo de manera coordinada con las autoridades competentes de ámbito nacional. Para la evaluación del riesgo se impulsarán actuaciones de evaluación de la exposición, interna y externa, a los peligros alimentarios.

3. Como instrumento de planificación y programación, la conselleria competente en materia de sanidad coordinará la elaboración del plan de seguridad alimentaria de carácter plurianual. El plan incorporará los distintos elementos que conforman el control oficial de la cadena alimentaria así como los diferentes factores ambientales, económicos, tecnológicos, nutricionales y sociales que pueden influir en la seguridad alimentaria.

4. El sistema de información en seguridad alimentaria, integrado en el sistema de información de salud pública, permitirá identificar los principales riesgos alimentarios y propiciará una adecuada gestión de los mismos. El sistema abarcará todas las etapas de la cadena alimentaria, incluyendo la producción primaria, la transformación y la comercialización de los alimentos.

Dicho plan de seguridad alimentaria deberá estar coordinado con el plan de salud de la Comunitat Valenciana.

5. Para proteger la salud humana y realizar una adecuada gestión de los riesgos alimentarios, se garantizará el funcionamiento eficiente de los sistemas de emergencias y alertas alimentarias. Los sistemas de emergencias y alertas alimentarias estarán plenamente integrados y coordinados con el sistema nacional.

6. Para posibilitar el necesario apoyo analítico a las actividades, estudios y programas de seguridad alimentaria, se potenciarán los laboratorios públicos de seguridad alimentaria, que

funcionarán con plenas garantías técnicas y de calidad. Estos laboratorios se integrarán en la red de laboratorios de seguridad alimentaria.

7. Las actuaciones y programas de seguridad alimentaria incorporarán la lucha contra el fraude alimentario y la defensa de los intereses de las personas consumidoras en ese ámbito.

Artículo 34. *Sanidad ambiental.*

1. La sanidad ambiental es el conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas de identificación, evaluación, gestión y comunicación de los riesgos para la salud derivados de los factores ambientales susceptibles de afectar la salud de las generaciones actuales y futuras, que la Generalitat, en colaboración con entidades, organismos y empresas, pone al servicio de la población. Incluye los efectos sobre la salud determinados por factores físicos, químicos, biológicos, psicosociales y estéticos del medio ambiente así como la identificación de las políticas de cualquier sector que influyan sobre los riesgos ambientales para la salud.

2. La conselleria competente en materia de sanidad impulsará y coordinará los instrumentos de planificación en materia de sanidad ambiental, junto al resto de departamentos y administraciones públicas competentes, así como los agentes económicos y sociales interesados. Se deberán implementar estrategias para la formación y actualización de conocimientos en salud ambiental de los profesionales de la salud.

Artículo 35. *Salud laboral.*

1. La salud laboral es el conjunto organizado de actuaciones, prestaciones y servicios que la sociedad destina a vigilar, proteger y promover la salud individual y colectiva de la población trabajadora, con especial atención a aquellos colectivos de trabajadores más vulnerables.

2. La conselleria competente en materia de sanidad con la participación del resto de departamentos y administraciones públicas competentes, así como las entidades y organizaciones con intereses en la materia, de conformidad con lo previsto en la legislación básica estatal, contribuirá a la planificación, seguimiento y evaluación de la salud laboral en la Comunitat Valenciana, ejercerá las competencias sanitarias que le correspondan en relación con la prevención de riesgos laborales, colaborará con la gestión de los problemas de salud derivados del trabajo y desarrollará sus funciones en relación con la vigilancia, promoción y protección de la salud de la población trabajadora y con la prevención de los problemas de salud que puedan derivar del trabajo. Todo ello, con criterios de equidad y especial atención hacia aquellos colectivos más vulnerables.

3. La conselleria competente en materia de sanidad elaborará un mapa de riesgos laborales al que están expuestos sus trabajadores, con la finalidad de mejorar la seguridad y prevenir accidentes, lesiones y enfermedades profesionales. El mapa de riesgos laborales será actualizado periódicamente y se concretará en actuaciones en cada uno de los departamentos de salud.

Artículo 35 bis. *Vigilancia y control de sustancias químicas.*

La conselleria competente en materia de sanidad ejercerá las competencias relativas a la vigilancia, inspección y control de los aspectos sanitarios de las sustancias químicas, así como el ejercicio de la correspondiente potestad sancionadora, de conformidad con lo previsto en los reglamentos aprobados por la Unión Europea y en la legislación básica estatal sobre la materia, que incorporan el principio de precaución para evitar perjuicios a la salud humana y al medio ambiente. Se activarán cauces para la formación/información de las personas respecto a los riesgos que estas sustancias suponen para la salud.

CAPÍTULO V

Prevención de la enfermedad

Artículo 36. *Prevención de los problemas de salud y sus determinantes.*

La prevención de la enfermedad es el conjunto de actuaciones y servicios destinados a reducir la incidencia y la prevalecencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y a atenuar o eliminar, en la medida de lo posible, sus consecuencias negativas mediante acciones individuales y colectivas de vacunación, consejo genético, cribado, diagnóstico y tratamiento precoz, entre otras, a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

CAPÍTULO VI

Planificación y evaluación del impacto en salud

Artículo 37. *Planes y programas.*

En el marco del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana se elaborarán planes y programas en materia de salud pública con el fin de propiciar que la salud y la equidad inspiren todas las políticas públicas y facilitar la acción intersectorial.

Artículo 38. *Evaluación del impacto en salud.*

1. La Generalitat someterá a la evaluación del impacto en salud las normas, planes, programas y proyectos que afecten significativamente a la salud, en los términos establecidos en la normativa básica estatal.
2. Reglamentariamente se establecerán las normas, planes, programas o proyectos que deberán someterse a la evaluación previa del impacto en salud, así como la metodología y procedimiento para la valoración de dicho impacto.
3. Los resultados de las evaluaciones del impacto en salud se integrarán en la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública y en el Sistema de Información en Salud Pública de la Comunitat Valenciana, en la forma que se determine reglamentariamente.

CAPÍTULO VII

Coordinación de los recursos sanitarios

Artículo 39. *Coordinación de los recursos sanitarios.*

1. El sistema valenciano de salud, a través de los respectivos departamentos y de los centros de salud pública, adoptará todas aquellas medidas destinadas a que los centros sanitarios de su ámbito sean «centros promotores de la salud», tal como dispone la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, y siempre teniendo en cuenta las directrices emanadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. Los recursos asistenciales y de salud pública deberán estar debidamente coordinados para garantizar los siguientes fines:

a) Mejorar la asistencia sanitaria a través de la información obtenida de la red valenciana de vigilancia en salud pública y del sistema de información en salud pública de la Comunitat Valenciana.
b) Reforzar las acciones de promoción de la salud desde los centros asistenciales.
c) Realizar las acciones asistenciales necesarias en función de la detección de riesgos para la salud pública.
d) Coordinar la ejecución de los programas de prevención de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades fijadas en el plan de salud vigente.
3. Reforzar la coordinación entre salud mental y atención primaria.

TÍTULO V

Derechos y deberes en el ámbito de la salud

CAPÍTULO I

Derechos y deberes

Sección Primera. Derechos de los pacientes y personas usuarias

Artículo 40. *Régimen general.*

La presente ley garantiza los derechos de los pacientes y personas usuarias del Sistema Valenciano de Salud, de conformidad con lo previsto en el presente título, en el marco de la legislación básica estatal y de acuerdo con los principios de dignidad de la persona, respeto a la autonomía de su voluntad, intimidad e igualdad efectiva en el acceso a todos los servicios asistenciales disponibles.

Artículo 41. *Derecho a la intimidad.*

1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud. Nadie que no esté autorizado podrá acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente.

2. Todo paciente tiene derecho a que se preserve la intimidad de su cuerpo con respecto a otras personas. La prestación de las atenciones sanitarias necesarias se hará respetando los rasgos básicos de la intimidad.

3. Todo paciente tiene derecho a saber que hay presentes alumnos en formación en su procedimiento asistencial. Con carácter previo al inicio del acto asistencial el paciente o su representante serán informados sobre la presencia de estudiantes y les será requerido el consentimiento verbal. El consentimiento podrá otorgarse por representación, mediante aquellas personas vinculadas al paciente por razones familiares, o de hecho o por sus representantes legales.

Artículo 42. *Derechos de información.*

Se reconoce el derecho a recibir la siguiente información:

1. Información sanitaria. Los pacientes y personas usuarias del Sistema Valenciano de Salud, así como las asociaciones de enfermos o familiares de enfermos, tienen derecho a recibir información general referente a dicho sistema y la específica sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad, así como sobre la forma de acceso a éstos. La información sanitaria debe ser clara, veraz y actualizada.

Todos los centros sanitarios dispondrán de una guía o carta de servicios. Los departamentos de salud dispondrán de, al menos, un servicio específico para la información y atención al paciente, que, entre otras funciones, oriente sobre los servicios asistenciales y los trámites para su acceso.

2. Información asistencial. Los pacientes y personas usuarias tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud en cualquier proceso asistencial, incluso en situaciones de incapacidad, en la forma y con los límites establecidos en la legislación básica.

La información debe ser veraz, comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, con el objeto de ayudarle a tomar decisiones sobre su salud.

El paciente es el titular del derecho a la información. También serán informadas las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, en la medida en que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

Deberá respetarse la voluntad del paciente si no desea ser informado. No obstante, podrá restringirse el derecho a no ser informado cuando sea estrictamente necesario en beneficio de la salud del paciente o de terceros, por razones de interés general o por las exigencias terapéuticas del caso. En estos casos, se hará constar su renuncia documentalmente, pudiendo designar por escrito o de forma indubitada a un familiar u otra

persona a quien se le facilitará toda la información. La designación podrá ser revocada en cualquier momento.

Las personas menores de edad emancipados y los mayores de 16 años son titulares del derecho a la información. Al resto de las personas menores de edad se les dará información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, cuando sean mayores de 12 años, debiendo informar plenamente a los padres o tutores, que podrán estar presentes durante el acto informativo a las personas menores de edad.

Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el derecho de éste a ser informado. Los profesionales asistenciales que lo atiendan serán también responsables de facilitar la información que se derive específicamente de sus actuaciones.

3. Información relativa a la salud pública. Las personas tienen derecho a recibir información suficiente y adecuada sobre las situaciones y causas de riesgo que existan para su salud a través del sistema de información en salud pública de la Comunitat Valenciana, incluidos los problemas de salud de la colectividad que impliquen un riesgo para su salud individual.

4. Los pacientes y personas usuarias tienen derecho a conocer su situación en lista de espera y el funcionamiento de la misma.

Artículo 43. *Derecho al consentimiento informado.*

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada una vez que, recibida la información asistencial, con la suficiente antelación y en formato accesible y comprensible, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal, por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, ante la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento deberá recabarse por el profesional sanitario responsable de la intervención quirúrgica, diagnóstica o terapéutica. La persona afectada podrá libremente retirar por escrito su consentimiento en cualquier momento

4. El consentimiento se otorgará por representación o sustitución en los supuestos y condiciones previstos en la legislación básica estatal y podrá ser retirado en cualquier momento en interés de la persona afectada:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de su asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación y carezca de representante legal, el orden de prelación de las personas vinculadas al mismo para prestar el consentimiento informado por sustitución o representación será el siguiente: el cónyuge no separado legalmente o el miembro de la unión de hecho formalizada de conformidad con lo establecido en la legislación vigente o, en su defecto, el familiar de grado más próximo y, dentro del mismo grado, el de mayor edad. No obstante, si el paciente hubiera designado previamente por escrito o de forma indubitada a una persona a efectos de la emisión en su nombre del consentimiento informado, corresponderá a ella la preferencia.

b) Cuando el paciente tenga judicialmente modificada su capacidad de obrar, el derecho corresponde a su representante legal, quien deberá acreditar de forma clara e inequívoca su condición y ejercerlo con respeto a la extensión y límites de dicha modificación, impuestos en la sentencia.

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 la persona representante legal del menor después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Cuando se trate de personas menores emancipadas o mayores de dieciséis años capaces intelectual y emocionalmente de comprender el alcance la intervención, o que no hayan sido incapacitadas, el consentimiento se otorgará en los términos previstos en la legislación básica reguladora de la autonomía del paciente.

Cuando se trate de personas menores de edad emancipadas 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 y madres y sus representantes legales serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

5. Si las personas progenitoras están separadas o divorciadas y, en virtud de sentencia judicial o auto de medidas provisionales, la patria potestad corresponde a ambos, el consentimiento informado deberá prestarse conjuntamente. En los casos de urgencia vital o decisiones diarias poco trascendentes o rutinarias en la vida de la persona menor de edad, bastará con el consentimiento del que esté presente. Cuando falte consenso entre ambas personas, y siempre que se ponga en riesgo la salud de la persona menor de edad, se pondrán los hechos en conocimiento del ministerio fiscal.

6. En caso de conflicto entre la voluntad del paciente menor de edad, pero con capacidad natural de juicio y de discernimiento, y la de sus personas progenitoras o representantes legales, el médico se acogerá a lo dispuesto en la legislación civil en la materia. Asimismo, cuando las decisiones, acciones u omisiones de los padres o representantes legales puedan presumirse contrarias a los intereses de la persona menor de edad o incapacitada, deberán ponerse los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil, salvo que, por razones de urgencia, no fuere posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso el personal sanitario adoptará las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente amparado por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. En los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de prácticas de reproducción asistida, se actuará según lo establecido en la normativa específica que le sea de aplicación y en la legislación civil.

8. Constituyen excepciones a la exigencia de consentimiento informado las previstas en la legislación básica estatal, así como aquellas situaciones en que no fuera posible el consentimiento por representación o sustitución por no existir representante legal o personas vinculadas al paciente o bien porque estos se negasen injustificadamente a prestarlo, de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente y siempre que se deje constancia de ello por escrito. Una vez superadas dichas circunstancias se procederá a informar al paciente.

9. La información previa al consentimiento se facilitará con la antelación suficiente y, en todo caso, al menos veinticuatro horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes. En ningún caso se dará información al paciente cuando esté adormecido ni con sus facultades mentales alteradas, ni tampoco cuando se encuentre ya dentro del quirófano o la sala donde se practicará el acto médico o el diagnóstico.

Artículo 44. *Derecho a la libre elección de médico y centro.*

Los pacientes y personas usuarias del Sistema Valenciano de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tienen derecho a elegir médico e igualmente centro después de una adecuada información, con arreglo a los términos y condiciones que se establezcan reglamentariamente.

Artículo 45. *Derecho a las voluntades anticipadas o instrucciones previas.*

1. A través del documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas, una persona mayor de edad o menor emancipada con capacidad legal suficiente manifiesta libremente las instrucciones que sobre las actuaciones médicas se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias no le permitan expresar libremente su voluntad, pudiendo designar un representante.

2. En la declaración de voluntades anticipadas, la persona interesada podrá hacer constar la decisión respecto a la donación de sus órganos con finalidad terapéutica, docente o de investigación. En este caso, no se requerirá autorización para la extracción o la utilización de los órganos donados.

3. En caso de que en el cumplimiento del documento de voluntades anticipadas surgiera la objeción de conciencia de algún facultativo, la administración pondrá los recursos

suficientes para atender la voluntad anticipada de los pacientes y personas usuarias en los supuestos recogidos en el actual ordenamiento jurídico.

4. La declaración de voluntades anticipadas deberá formalizarse mediante los procedimientos que se establezcan reglamentariamente.

5. Las voluntades anticipadas pueden modificarse o dejarse sin efecto en cualquier momento por la sola voluntad de la persona interesada, dejando constancia siempre por escrito.

Artículo 46. *Derecho a la historia clínica y su acceso.*

1. La historia clínica es el conjunto de la información obtenida en los procesos asistenciales de cada paciente con el fin de conseguir la máxima integración posible de la documentación clínica.

La historia clínica, tanto en su formato tradicional en papel como en formato electrónico, tiene como finalidad principal facilitar la asistencia sanitaria e integrar toda información útil que permita conocer el estado actual de salud del paciente, para hacer las intervenciones sanitarias oportunas de forma expresa y motivada.

Los centros sanitarios tienen la obligación de tener una historia clínica única por paciente.

2. El paciente, directamente o mediante representación debidamente acreditada, tiene el derecho de acceso a los documentos y datos de su historia clínica y a obtener copia de éstos.

3. La historia clínica debe contener la información suficiente para identificar claramente al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento y documentar los resultados con exactitud, para lo que tendrá un número de identificación e incluirá los datos que, en el marco de lo establecido en la legislación básica estatal, se determine reglamentariamente.

4. La historia clínica debe ser claramente legible, evitando, en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas. Asimismo, se establecerán mecanismos que permitan identificar las acciones, intervenciones y prescripciones llevadas a cabo por cada profesional.

5. En aplicación de los principios de unidad e integración, se fomentará el establecimiento de un único modelo normalizado de historia clínica electrónica, que será utilizado por los centros sanitarios del Sistema Valenciano de Salud y cuyo contenido estará adaptado al nivel asistencial y al tipo de prestación que se realice en cada momento.

6. La historia clínica electrónica se gestionará a través de un sistema de información corporativo, que garantizará la calidad, la accesibilidad y la seguridad, así como la coordinación y la continuidad asistencial.

7. En caso de traslado obligado o urgente del paciente a otro centro asistencial desde el que no fuera posible el acceso a su historia clínica electrónica, se remitirá una copia completa de la historia clínica en soporte papel a fin de garantizar a los facultativos del centro sanitario de destino el pleno conocimiento de la situación clínica actualizada del paciente.

8. La custodia de las historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario. El personal sanitario que desarrolle su actividad de manera individual es responsable de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que genere.

9. Se deberán adoptar todas las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar el derecho de acceso a la historia clínica, proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o su pérdida accidental, así como el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro tratamiento no autorizado.

10. El derecho de acceso por parte del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

11. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes y personas usuarias fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

12. Para garantizar los usos futuros de la historia clínica, especialmente el asistencial, se conservará el tiempo mínimo establecido en la normativa básica estatal, contado desde la fecha del alta de cada proceso asistencial o desde el fallecimiento del paciente.

Artículo 47. *Derecho al informe de alta y otra documentación clínica.*

1. Todo paciente o persona vinculada a él por razones familiares o de hecho, en su caso, tiene derecho a recibir, al finalizar el proceso asistencial, un informe de alta con el siguiente contenido mínimo: los datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

2. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa, salvo cuando haya tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que se los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos.

3. Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud.

Artículo 48. *Derecho a formular sugerencias y quejas.*

1. Las personas que han recibido asistencia sanitaria o sus acompañantes o familiares tienen derecho a formular sugerencias y quejas cuando consideren que tienen motivo justificado para hacerlo. Estas se deben evaluar y contestar por escrito en los términos que se establezcan reglamentariamente.

2. Se podrán realizar también manifestaciones de agradecimiento cuando la labor del profesional, el equipo o el centro asistencial que les ha atendido, a su juicio, lo merezca. Esta manifestación de agradecimiento debe llegar a los profesionales que la han merecido.

Artículo 49. *Derecho a la segunda opinión.*

Todo paciente del sistema valenciano de salud tiene derecho a una segunda opinión cuando las circunstancias de la enfermedad le exijan tomar una decisión difícil. Este derecho se regulará estableciendo un tiempo máximo de respuesta que se definirá reglamentariamente.

Artículo 50. *Derecho a una atención personalizada.*

1. Se reconoce el derecho de los pacientes y personas usuarias a recibir información sanitaria en las lenguas oficiales de la Comunitat Valenciana, en la forma más idónea para su comprensión. En la medida en que la planificación sanitaria lo permita, los centros y servicios sanitarios del Sistema Valenciano de Salud implantarán los medios necesarios para atender las necesidades lingüísticas de los pacientes y personas usuarias extranjeros.

2. Asimismo, se establecerán los mecanismos y alternativas técnicas oportunas para hacer accesible la información a las personas con discapacidad física, psíquica y sensorial.

3. En el marco de la planificación sanitaria, se reconoce el derecho a obtener una habitación individual para garantizar la mejora del servicio y el derecho a la intimidad y confidencialidad del paciente.

4. La Generalitat adoptará las medidas necesarias para facilitar la asistencia religiosa en los centros hospitalarios.

Artículo 50 bis. *Derechos de acompañamiento.*

Todo paciente o persona usuaria tiene derecho a estar acompañado o acompañada, por lo menos, por una persona que mantenga vínculos familiares o de hecho con el o la paciente o una persona de su confianza, durante todo el proceso asistencial, también en las ambulancias, UVI móviles y resto de centros, establecimientos, instalaciones o lugares en los que se presten servicios sanitarios.

En todo caso, estos derechos podrán ser ejercidos siempre que las circunstancias lo permitan y no haya contraindicaciones médicas.

Artículo 50 ter. *Donación y trasplantes.*

1. El sistema valenciano de salud promoverá las actuaciones necesarias para fomentar la donación voluntaria y gratuita de sangre, órganos, tejidos y células progenitoras hematopoyéticas de sangre periférica, cordón umbilical o médula ósea de eficacia científica demostrada.

2. El derecho a recibir un trasplante de órganos, tejidos, células y transfusión de componentes sanguíneos se ejercerá de conformidad con la legislación vigente en la materia.

Artículo 51. *Órganos garantes de los derechos.*

Se crearán órganos especializados que velen por el correcto cumplimiento de los derechos en los centros sanitarios y que asesoren ante situaciones de conflicto ético, de manera que quede en todo momento protegida la dignidad de la persona en el ámbito de la salud.

Sección Segunda. Deberes en el ámbito de la salud

Artículo 52. *Deberes del personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.*

1. El personal de los centros sanitarios tiene las obligaciones inherentes al cumplimiento efectivo de los derechos reconocidos para los pacientes y personas usuarias en los servicios sanitarios.

2. Sin perjuicio de los deberes regulados en su normativa específica, el personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios está sujeto al cumplimiento de los siguientes deberes:

a) Prestar una adecuada atención sanitaria a los pacientes y personas usuarias y darles un trato humano, comprensivo y respetuoso. Asimismo, hará un buen uso de los recursos sanitarios.

b) Facilitar a los pacientes y personas usuarias información sobre cualquier actuación en el ámbito de la salud. Todo el personal que preste atención sanitaria, durante los procesos asistenciales en los que apliquen una técnica o un procedimiento concreto, será también responsable de facilitar la información que se derive específicamente de sus actuaciones.

c) Respetar las decisiones adoptadas libremente y voluntariamente por el o la paciente, incluida la negativa al tratamiento propuesto, a excepción de los casos en que la ley establezca su carácter preceptivo.

d) Cumplir sus obligaciones de información y documentación clínica correspondiente al proceso asistencial, así como rellenar los protocolos, registros, informes, estadísticas y otra documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervengan.

e) Gestionar y custodiar la documentación clínica que guarden cuando desarrollen su actividad de manera individual.

f) Guardar secreto sobre toda la información y documentación clínica sobre las personas pacientes o usuarias derivadas de su actuación profesional o de aquella a la que tengan acceso.

g) Prestar sus servicios cumpliendo de forma rigurosa las obligaciones contenidas en sus respectivos códigos deontológicos.

h) Recibir formación médica continuada, como derecho y deber de todo el personal sanitario.

Artículo 53. *Deberes de las personas.*

1. Los pacientes y personas usuarias de los servicios sanitarios están sujetos al cumplimiento de las obligaciones siguientes:

a) Hacer buen uso de las prestaciones asistenciales, de acuerdo con lo que su salud necesite y en función de las disponibilidades del Sistema Valenciano de Salud.

b) Cumplir las prescripciones de naturaleza sanitaria que con carácter general se establezcan para toda la población, con el fin de prevenir riesgos para la salud.

c) Hacer un uso racional y de conformidad con la legislación vigente de las prestaciones farmacéuticas y de la incapacidad laboral.

d) Utilizar y cuidar las instalaciones y los servicios sanitarios, contribuyendo a su conservación y favoreciendo su habitabilidad y el confort de los demás pacientes y personas usuarias.

e) Tratar con consideración y respeto a los profesionales que cuidan de su salud y cumplir las normas de funcionamiento y convivencia establecidas en cada centro sanitario.

f) Facilitar de forma veraz sus datos de identificación y los referentes a su estado físico y psíquico que sean necesarios para el proceso asistencial o por razones de interés general debidamente justificadas.

g) Firmar el documento pertinente o, en caso de imposibilidad, dejar constancia por un medio de prueba alternativo de su voluntad de negarse a recibir el tratamiento prescrito, especialmente cuando se trate de pruebas diagnósticas, medidas preventivas o tratamientos especialmente relevantes para su salud.

h) Aceptar el alta cuando haya finalizado el proceso asistencial.

i) Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se le otorgan a través de la presente ley.

2. Toda persona está sujeta al cumplimiento de las siguientes obligaciones:

a) Comunicar a la administración sanitaria aquellas circunstancias que supongan un riesgo grave para la salud pública.

b) Colaborar en el desarrollo de las actividades en salud pública, evitando conductas que dificulten su ejecución.

CAPÍTULO II

Derechos de la infancia y adolescencia

Artículo 54. *Derechos generales y ámbito de aplicación.*

1. Todos las personas menores de edad tienen derecho a la protección y a la atención sanitaria, así como a los cuidados necesarios para su salud y bienestar en su calidad de pacientes y personas usuarias del Sistema Valenciano de Salud.

2. El presente capítulo es de aplicación, con carácter excepcional, a mayores de edad, cuando así se prevea expresamente o, cuando antes de alcanzar la mayoría de edad, hayan sido objeto de alguna de las medidas administrativas o judiciales que establece el ordenamiento jurídico.

3. Los centros y establecimientos sanitarios dispondrán las medidas necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en este capítulo.

Artículo 55. *Derechos relacionados con el nacimiento y la lactancia.*

1. La mujer embarazada, una vez informada de las diferentes opciones de parto, tiene derecho a decidir sobre el tipo y la modalidad del parto que desea, con el asesoramiento del personal sanitario, incluidas las intervenciones no estrictamente necesarias desde el punto de vista clínico, dentro de las posibilidades asistenciales existentes y siempre que no existan situaciones de urgencia que lo impidan.

2. En el momento del nacimiento se fomentará el contacto físico temprano del recién nacido con la madre, tanto si el nacimiento se produce mediante parto natural como si se produce mediante cesárea, y se evitará su separación tanto en el posparto inmediato como durante su estancia en el establecimiento sanitario, cuando no haya contraindicaciones médicas.

3. Cuando no haya contraindicación médica, la madre tiene derecho a estar acompañada por la persona que ella quiera a lo largo de todo el período de parto y posparto.

4. El recién nacido tiene derecho a ser identificado en el momento del nacimiento y a permanecer con su madre, siempre que el estado de salud de ambos lo haga posible.

5. La conselleria competente en materia de sanidad adoptará medidas para promocionar la lactancia materna durante el embarazo, el puerperio y el período de lactancia, como garantía del mejor desarrollo del recién nacido, y facilitará la información necesaria a la

madre para que elija la alimentación de este. Una vez la madre haya ejercido su derecho de opción, su decisión deberá ser respetada.

6. La conselleria competente en materia de sanidad adoptará las medidas necesarias para implementar la Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN), lanzada por la OMS y la UNICEF, en todos los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana.

7. La mujer embarazada tiene derecho a interrumpir el embarazo conforme a la legalidad vigente y el personal sanitario cualificado tiene la obligación de informarla al respeto.

El personal sanitario que ejerza la objeción de conciencia en los centros públicos no podrá participar en interrupciones voluntarias de embarazos en los centros privados.

8. Los centros y establecimientos sanitarios dispondrán las medidas necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en este artículo.

Artículo 56. *Derecho a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades y situaciones de riesgo en las personas menores de edad.*

1. La conselleria competente en materia de sanidad, en colaboración con las consellerías competentes en materia de educación y atención a las personas menores de edad, desarrollará programas educativos y formativos dirigidos a las familias, las personas menores de edad, el personal docente y el personal sanitario, entre otros, para promover la adquisición de hábitos saludables y la prevención de enfermedades. Estos programas garantizarán que la información y las herramientas dirigidas a las personas menores de edad sean adecuadas a todas las orientaciones sexuales.

2. Se atenderán de manera específica los problemas de salud que inciden de una forma significativa en la adolescencia, relacionados, sobretodo, con hábitos de salud, conductas de riesgo, conductas adictivas, problemas de salud mental, trastornos de la conducta alimentaria, así como trastornos de las relaciones afectivo-sexuales, prevención de infecciones de transmisión sexual y prevención de embarazos no deseados.

3. Las personas que tienen riesgo de transmitir a sus hijos anomalías psíquicas o físicas recibirán, si lo desean, consejo genético. Para ello serán remitidos a los centros sanitarios dependientes de la conselleria competente en materia de sanidad.

4. Se instaurarán programas de detección precoz y cribado de enfermedades en los recién nacidos, según la evidencia científica existente en cada momento. Todos los recién nacidos contarán con un diagnóstico precoz de aquellas alteraciones metabólicas, endocrinas o de cualquier otro tipo que conlleven el deterioro o afectación físico, psíquico o sensorial del menor, fundamentalmente de todas aquellas que puedan beneficiarse de un tratamiento precoz, así como de su intervención y seguimiento.

5. Se reconoce el derecho a:

a) Un examen de salud, realizado en el lugar del nacimiento.

b) Visita de salud a domicilio, programada dentro de los primeros días de vida, en los casos de riesgo biológico o social detectado por el personal competente. El recién nacido tiene derecho a disponer, desde el momento de su nacimiento, de una cartilla de salud infantil que contemple las principales acciones de prevención sanitaria y de protección de la salud que se consideren pertinentes.

c) Exámenes de salud programados desde el nacimiento, de acuerdo con los contenidos y el calendario establecidos.

d) La aplicación de todas las medidas preventivas de reconocida eficacia, incluyendo las vacunas que contemple el calendario vacunal vigente, y aquellas que, en un momento determinado, la conselleria competente en materia de sanidad considere necesarias.

6. Para detectar de forma precoz los factores de riesgo socio-familiares, los titulares de los centros sanitarios, tanto públicos como privados, y su personal sanitario y social tienen la obligación de poner en conocimiento y denunciar ante las administraciones públicas competentes aquellos casos que puedan suponer la existencia de malos tratos o una situación de desprotección, riesgo o desamparo en la que se encuentre un menor, así como el deber de colaborar con las entidades públicas competentes en materia de protección de menores en el ejercicio de la función protectora de éstos.

A fin de facilitar la prevención, detección y actuación ante estas situaciones y ante el caso de embarazadas con riesgo social, las distintas administraciones y departamentos con competencias en la materia actuarán de manera coordinada mediante los mecanismos de colaboración establecidos a tal efecto.

Artículo 57. *Derechos en la atención sanitaria.*

1. Los servicios y unidades de atención pediátrica estarán convenientemente separados de los de adultos y adecuadamente equipados para dar una atención de calidad a las personas menores de edad. Asimismo, en todos los hospitales se dispondrá de espacio propio para la hospitalización pediátrica.

2. Las personas menores de edad tienen derecho a que se les facilite en el ámbito sanitario la compañía de su familia en las condiciones más idóneas de intimidad y de acuerdo con los criterios clínicos asistenciales. Los padres y tutores tienen derecho a participar de manera activa e informada en sus cuidados.

3. Las personas menores de edad tienen derecho a que se potencie su tratamiento ambulatorio y domiciliario con el fin de evitar, en la medida de lo posible, la hospitalización. Si no es evitable, el periodo de hospitalización deberá ser lo más breve posible. Asimismo, tienen derecho a recibir un tratamiento adecuado del dolor y el apoyo psicosocial acorde con su situación de salud.

4. Las personas menores en edad escolar que hayan de ser hospitalizados podrán continuar, en la medida en que su enfermedad lo permita, su proceso de aprendizaje escolar. Para ello, se establecerá el procedimiento más adecuado en coordinación con la conselleria competente en materia de educación.

5. Para atender las necesidades de ocio de las personas menores de edad, todos los hospitales contarán con un espacio destinado a biblioteca y, si no es posible, se dispondrá de un fondo bibliográfico móvil con literatura adaptada a las diversas edades. Asimismo, dispondrán de una zona para que las personas menores de edad puedan jugar y tener a su disposición material de juego adaptado a las diferentes edades.

6. En la hospitalización de las personas menores de edad adolescentes, la conselleria competente en materia de sanidad garantizará:

a) Habitaciones diferenciadas por sexos.
b) Régimen de visitas propio.
c) Información adaptada a las necesidades de los adolescentes.

7. El entorno y los procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos destinados a las personas hospitalizadas con discapacidad, deberán reunir las condiciones idóneas de accesibilidad.

Artículo 57 bis. *Derecho a la salud bucodental.*

La Generalitat Valenciana tiene que trabajar para garantizar la salud bucodental de los niños, niñas y adolescentes, concretamente ampliar los tratamientos ortodóncicos que no tengan una finalidad exclusivamente estética. La conselleria competente estudiará e impulsará la ampliación progresiva de la cartera pública de los servicios de atención bucodental del Sistema Valenciano de Salud, así como la posibilidad de extender su acceso al resto de la población.

Artículo 58. *Derechos en situación de vulnerabilidad.*

1. La Generalitat desarrollará actividades para garantizar la promoción, prevención, atención holística y temprana, rehabilitación e integración mediante recursos ambulatorios, de día, hospitalarios, residenciales y unidades especializadas para atender las necesidades de las personas con discapacidad, enfermedades crónicas o mentales. Para ello, se elaborarán planes individualizados de atención y programas diseñados y ejecutados por equipos interdisciplinares.

2. La conselleria competente en materia de sanidad garantizará a las personas menores de edad con enfermedades crónicas, que precisan de una atención de diferentes

especialidades clínicas, y siempre que organizativamente sea posible, la atención en el mismo día de las diferentes consultas programadas.

3. En relación con la atención sanitaria de las personas menores de edad sobre las que se han adoptado medidas jurídicas de protección, se tendrá en cuenta lo siguiente:

a) La familia acogedora podrá elegir que la atención sanitaria de la persona menor de edad se realice en el mismo centro de salud al que esté adscrita la familia.

A estos efectos, se reconoce a la familia acogedora como interlocutora válida en el proceso asistencial de la persona acogida.

b) Para aquellas personas menores de edad en desamparo que presenten algún tipo de discapacidad o diversidad funcional, se elaborará un protocolo específico que contendrá, además del reconocimiento médico para conocer su estado de salud, la determinación de los apoyos que necesitan, para su provisión o mantenimiento y de las prestaciones sociales que deban tramitarse de oficio para su reconocimiento, a fin de incorporar dicha información al plan individualizado de protección.

c) Se establecerá un protocolo de atención específico para personas menores de edad extranjeras no acompañadas, con el fin de realizarles una exploración médica básica que permita conocer su estado de salud. La conselleria competente en materia de sanidad efectuará con carácter prioritario las pruebas necesarias para la determinación de la edad, conforme a la normativa vigente.

d) Se establecerá un protocolo general para determinar fielmente la edad de los menores extranjeros no acompañados bajo tutela de la Generalitat con el mínimo margen de error posible, y se realizarán las pruebas periciales y médicas que se consideren pertinentes de conformidad con los criterios médicos y atendiendo a la normativa reguladora vigente.

e) Dada la movilidad geográfica de este colectivo, y para que no quede al margen de las campañas de prevención, la conselleria competente en materia de sanidad incluirá a las residencias u hogares de acogimiento de personas menores de edad en dichas campañas.

f) Se establecerá un hospital y un centro de salud de referencia, con especificación de pediatra o médico de familia para cada residencia u hogar de acogimiento de personas menores de edad de la red pública.

g) Hasta que se resuelva la forma en que se vaya a ejercer la guarda, se garantizará la permanencia en el hospital de la persona menor de edad hospitalizada en situación de desamparo, cuando la Generalitat haya asumido la tutela.

h) A las personas menores de edad cuya guarda o tutela asuma la Generalitat, que no hayan seguido el programa de supervisión de la salud infantil o cuya participación en el programa no se pueda comprobar, se les realizará una evaluación de su salud en el plazo más breve posible desde la adopción de la medida jurídica de protección, a fin de garantizar una atención sanitaria temprana. Asimismo, se realizará dicha evaluación en los casos que se presuma riesgo sanitario.

4. La Generalitat garantizará el derecho de acceso y asumirá el gasto de los productos incluidos en la prestación farmacéutica, el catálogo ortoprotésico y ayudas técnicas a las personas menores de edad residentes en la Comunitat Valenciana que se encuentren bajo la tutela de las administraciones públicas.

5. En la atención de las personas menores de edad en conflicto con la ley:

a) Los centros sanitarios proporcionarán una atención ágil y prioritaria a las personas que se encuentren cumpliendo una medida judicial, de acuerdo con lo previsto en la legislación estatal en materia de responsabilidad penal de las personas menores de edad.

b) Las residencias socioeducativas para personas menores de edad en conflicto con la ley quedarán adscritas al centro de salud más cercano a su ubicación, que se coordinarán a los efectos de la atención sanitaria.

Artículo 59. *Salud escolar.*

1. A los efectos de esta ley, se entiende por salud escolar el conjunto de programas y actividades dirigidos a la educación para la salud y la conservación y fomento de la salud física, psíquica y social del alumnado en los centros docentes no universitarios de la Comunitat Valenciana.

2. Las acciones en materia de salud escolar exigen la actuación coordinada de los departamentos competentes en materia de sanidad y educación. A tal efecto, se podrán crear órganos de cooperación para la aplicación, desarrollo y seguimiento de las previsiones contenidas en este artículo, así como órganos de carácter consultivo que presten asesoramiento técnico sobre materias relacionadas con la educación para la salud.

3. Se realizarán exámenes de salud o reconocimientos sanitarios con la periodicidad y en la forma que reglamentariamente se determine, dirigidos fundamentalmente a prevenir patologías que afecten a la adaptación e integración de la persona menor en el medio escolar. La información resultante se recogerá en el documento de salud infantil o, en su defecto, en la documentación que reglamentariamente se establezca, asegurando, en todo caso, que esta información se incluya en su historia clínica.

4. Los exámenes de salud, serán de carácter confidencial y, en ningún caso, afectarán a la integración del alumnado en la comunidad escolar. En los casos en que la persona menor pueda requerir una intervención urgente en el horario escolar, presente enfermedades que conlleven modificaciones en la dieta escolar, o problemas de salud que requieran una adaptación curricular, el personal sanitario de su Centro de Atención Primaria y/o Especializada de referencia, emitirá un informe en el que se adjuntarán las recomendaciones a seguir, o las medidas que ha de tomar el centro educativo para garantizar su seguridad, su adaptación e integración en el ámbito escolar. Toda la documentación se entregará a las personas progenitoras o las personas tutoras que tendrán la responsabilidad de informar al centro educativo.

5. Para que las personas menores de edad escolarizadas con problemas de salud que necesiten atención sanitaria puedan seguir su proceso escolar con la mayor normalidad posible, cada centro educativo se adscribirá al centro de salud más próximo, desde donde se garantizará, de acuerdo con la valoración de las necesidades, la atención sanitaria específica que sea necesaria.

6. Cada centro escolar tendrá de referencia un centro de atención primaria y un centro de salud pública para las acciones preventivas y de promoción de la salud y para comunicarse en relación con los problemas de salud que afecten a la población escolar. La conselleria competente en materia de sanidad comunicará o propondrá, según se establezca legalmente, a la Conselleria competente en materia de educación, la elaboración de protocolos de intervención sobre aquellos problemas y aspectos de la salud con perspectiva de género que se consideren de interés para la protección y la promoción de la salud en la población infantil y juvenil.

7. Los centros docentes específicos de educación especial estarán dotados de personal de enfermería, que dependerá orgánicamente del departamento sanitario correspondiente.

8. Corresponde a la conselleria con competencias en materia de sanidad la planificación, dirección, coordinación y, en su caso, la difusión de las actividades y programas dirigidos al cuidado y mejora de la salud escolar, así como, entre otras, las siguientes funciones:

a) La elaboración de los documentos a que se refieren los apartados 3 y 4 de este artículo.

b) La planificación y realización de los exámenes de salud teniendo en cuenta la perspectiva de género.

c) La realización de los estudios y propuestas higiénico-sanitarias oportunas en materia de educación para la salud, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población escolar.

d) El control sanitario de las instalaciones.

e) La vigilancia y control higiénico-sanitario de los alimentos y del personal de los comedores escolares, así como el asesoramiento y la determinación, en su caso, de los requisitos mínimos que deben reunir los menús de los comedores escolares, garantizando un alto nivel de protección de la salud de las personas menores de edad y su derecho de opción con respecto a las sustancias que causan alergias o intolerancias en los alimentos.

9. Sin perjuicio de lo que dispongan las normas básicas del Estado, corresponde al Consell establecer las condiciones higiénico-sanitarias de obligado cumplimiento en la construcción y equipamiento de centros escolares y transporte escolar. Asimismo, los

centros docentes serán objeto de una especial vigilancia, como prestatarios de servicios de consumo común, ordinario y generalizado, de conformidad con la normativa de aplicación.

10. Las personas titulares de los centros, el personal directivo, el profesorado, el personal no docente, el alumnado, sus padres o representantes legales, así como el personal sanitario están obligados al cumplimiento de lo previsto en este artículo, siendo responsables de las acciones u omisiones que infrinjan o entorpezcan su aplicación. Dicha responsabilidad les será exigible con arreglo a las normas disciplinarias que legalmente les sean de aplicación.

CAPÍTULO III

Asistencia sanitaria en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de la mujer

Artículo 59 bis. *Derechos generales y ámbito de aplicación.*

1. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, las mujeres tienen los siguientes derechos:

a) A recibir una atención sanitaria a lo largo del proceso asistencial del embarazo, parto, posparto y puerperio. Los protocolos de atención al embarazo, parto, posparto y puerperio de todos los centros y servicios sanitarios deberán ser permanentemente actualizados conforme a las guías y recomendaciones que la conselleria competente en materia de sanidad pública apruebe.

b) A garantizar las medidas proclives a combatir la violencia obstétrica definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

c) A recibir una adecuada preparación al parto, apoyo a la lactancia, atención al posparto y cuidado al recién nacido, así como a elegir el hospital en el que será atendido su parto.

d) A ser informada de todas las intervenciones que se le propongan en la atención sanitaria del embarazo y del parto.

e) A que se facilite su participación activa como protagonista del embarazo, posparto y puerperio y a ser informada de sus derechos.

f) A estar acompañada por la persona designada por ella a este efecto, en todas las pruebas y actuaciones médicas realizadas durante el embarazo, incluidos los casos de aborto o defunción perinatal, en la atención al parto o cesárea, ya sea programada o urgente y en las actuaciones médicas realizadas en el posparto.

g) Al hecho de que se le facilite en el momento del nacimiento de su hijo o hija el contacto físico temprano con la madre, tanto si el nacimiento se produce mediante parto natural como si se produce mediante cesárea.

h) A ser informada y formada en materia de lactancia materna con el fin de fomentar el desarrollo de la propia salud y su utilización en la alimentación infantil.

i) A recibir información adecuada, actualizada y de acuerdo con la evidencia científica sobre aspectos específicos de salud de las mujeres, tales como suelo pélvico, menopausia y endometriosis.

j) Al acceso a las técnicas de reproducción asistida sin incurrir en ningún tipo de discriminación.

k) A recibir la atención y educación sexual adecuadas, que incluye la obtención de la información y asesoramiento necesarios sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre anticoncepción, así como el acceso a los métodos de planificación familiar.

l) A obtener la información y el asesoramiento para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones y con los requisitos legalmente establecidos, garantizando la máxima rapidez, seguridad y confidencialidad en todo el proceso.

m) Al tratamiento especializado, tanto asistencial como psicológico en caso de duelo perinatal, tras un aborto o parto de un recién nacido muerto o que muera posteriormente, adaptando su ingreso en tal caso a las especiales circunstancias, situando a la madre en dependencias diferentes de las de maternidad.

2. Los centros y establecimientos sanitarios dispondrán las medidas necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en este capítulo.

CAPÍTULO IV

Artículo 59 ter. *Derecho a la protección de la salud.*

La administración cooperará con las entidades del sector asociativo de las personas con discapacidad y familiares con el fin de garantizar el pleno disfrute de los derechos a la protección de la salud.

Artículo 59 quater. *Medidas del sistema público sanitario para las personas con discapacidad.*

La conselleria con competencias en materia de sanidad adoptará las medidas oportunas para eliminar cualquier tipo de barrera a la plena accesibilidad de las personas con discapacidad al sistema público sanitario.

Para garantizar su atención adecuada la conselleria competente en materia de sanidad planificará la formación del personal a su cargo contando con la colaboración de asociaciones y expertos en la materia.

Garantizar que todos los centros sanitarios públicos y privados cumplan en materia de accesibilidad universal eliminando barreras arquitectónicas, de la información, de la comunicación, así como facilitar el transporte sanitario necesario.

Garantizar a las personas con discapacidad programas de atención a la salud incluyendo formación en materia de salud sexual y reproductiva.

Incluir a las asociaciones de personas con discapacidad en los órganos de participación. Respetar el derecho de las personas con discapacidad a la libre toma de decisiones en los consentimientos informados, debiendo efectuarse en formatos accesibles.

TÍTULO VI

Drogodependencias y otros trastornos adictivos

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 60. *Concepto de trastorno adictivo, adicción y droga.*

1. Un trastorno adictivo constituye un patrón inadaptado de comportamiento que puede provocar una dependencia psíquica, física o de ambos tipos, a una o más sustancias o a una o más conductas determinadas, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física o social de la persona.

2. Las drogodependencias y otros trastornos adictivos se consideran, a los efectos asistenciales, como enfermedades comunes con repercusiones en la esfera biológica, psicológica y social de la persona y, en consecuencia, las personas drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos tendrán la consideración de enfermos.

3. Una adicción es el estado psíquico, y a veces físico y social, según sea causado por una sustancia o droga o por un comportamiento adictivo, que se caracteriza por modificaciones en la conducta y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible por consumir una droga o repetir una conducta de forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos u orgánicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación.

4. Una droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste, siendo capaz de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social. Tienen tal consideración:

a) Las bebidas alcohólicas.
b) El tabaco.

c) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a control, de conformidad con lo establecido en las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado Español.

d) Determinados productos de uso industrial u otras sustancias de venta autorizada, como los productos susceptibles de inhalación y las colas, que pueden producir los efectos y consecuencias descritos en el apartado primero de este artículo.

e) Cualquier otra sustancia, no incluida en los apartados anteriores, que cumpla la definición establecida en este apartado.

5. Las adicciones no químicas, también denominadas comportamentales, como el juego patológico, la adicción a las nuevas tecnologías u otras, se definen como aquellas conductas que son inicialmente no perniciosas pero que su uso continuado y abusivo puede generar dependencia, de tal forma que la persona se siente incapaz de abandonar dicha conducta, sufriendo sus consecuencias negativas de forma individual, familiar y socio-laboral.

6. En el ámbito de esta ley, se consideran drogas institucionalizadas o socialmente aceptadas aquellas que pueden ser adquiridas y consumidas legalmente, siendo las principales las bebidas alcohólicas, el tabaco y los psicofármacos.

Artículo 61. *Plan Estratégico sobre Trastornos Adictivos.*

1. El Plan Estratégico sobre Trastornos Adictivos es un instrumento para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en materia de drogodependencias y trastornos adictivos que se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana.

2. El plan especificará, de manera cualitativa y cuantitativa, las líneas prioritarias, objetivos y actividades, así como los indicadores de evaluación para poder medir el impacto y evaluar los resultados.

3. El plan será aprobado por el Consell, a propuesta de la conselleria que ostente las competencias en materia de trastornos adictivos, y vinculará a todas las administraciones públicas e instituciones privadas que desarrollen sus actuaciones en la Comunitat Valenciana.

Artículo 62. *Prevención en materia de drogodependencias.*

1. La prevención en materia de drogodependencias comprende un conjunto diverso de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o se conviertan en un problema para la persona o su entorno.

2. Corresponde a las administraciones públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, desarrollar, promover, apoyar, fomentar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones en materia de prevención.

3. La conselleria con competencias en materia de trastornos adictivos velará por la idoneidad, la eficacia y la eficiencia de los programas de prevención a través de las medidas de intervención que se establezcan reglamentariamente.

4. El conjunto de las medidas de prevención se dirigirá de manera especial a las personas menores de edad, los jóvenes y las familias en situación de riesgo de consumo de drogas, favoreciendo el desarrollo de programas de reducción de riesgos en los lugares de mayor afluencia juvenil y otros espacios de encuentro.

5. Se instará a la realización de programas de prevención de consumo de drogas y trastornos adictivos en el ámbito laboral. En su diseño, ejecución y evaluación participarán las organizaciones empresariales, las organizaciones sindicales más representativas, los servicios de prevención y los comités de seguridad y salud de las empresas y las entidades privadas especializadas en juego patológico y otras adicciones.

6. Serán prioritarias las actuaciones preventivas y de promoción de la salud en el ámbito familiar, comunitario y educativo, que deberán coordinarse para implicar a todos los agentes sociales intervinientes como son la familia, la escuela, asociaciones, redes locales y otros.

Artículo 63. *Tratamientos a personas con adicciones.*

1. Los tratamientos dirigidos a las personas afectadas por trastornos adictivos tendrán carácter voluntario. No obstante, podrá procederse a su internamiento no voluntario por razones de trastorno psíquico en los términos previstos en la legislación civil.

2. Sin perjuicio de lo previsto en el título V de esta ley, las personas afectadas por trastornos adictivos que reciban tratamiento estarán obligadas a:

a) Cumplir todas las indicaciones formuladas a lo largo del programa de tratamiento.

b) Aceptar la realización de las determinaciones toxicológicas necesarias durante el tratamiento.

Artículo 64. *Uso de medicamentos agonistas en situaciones especiales.*

En aquellos casos en los que las acciones previstas en el apartado anterior no obtuvieran efectos positivos para el paciente, se podrán usar medicamentos con efectos agonistas, incluyendo, en su caso, las propias sustancias que hubiesen generado la adicción, en las condiciones y con las garantías previstas en la normativa sobre disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Artículo 65. *Protección y atención de las personas menores de edad.*

1. En el caso de que un menor de 18 años precise atención por consumo de bebidas alcohólicas, otras drogas u otro trastorno adictivo, los servicios sanitarios deberán comunicar la situación del menor a los padres o tutores para que éstos se hagan cargo de él y adquieran el compromiso del seguimiento terapéutico del menor, recibiendo para ello el asesoramiento pertinente o, en caso necesario, el tratamiento oportuno.

2. Si los padres o tutores declinasen contraer el compromiso terapéutico o hacerse cargo del menor, se pondrán los hechos en conocimiento del fiscal de menores y del departamento competente en materia de protección de menores.

CAPÍTULO II

Limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas

Artículo 66. *Condiciones de publicidad.*

1. Sin perjuicio de las limitaciones establecidas en la legislación básica estatal y en las normas que, en su desarrollo se dicten, la publicidad, tanto directa como indirecta, de bebidas alcohólicas deberá respetar las siguientes limitaciones:

a) Deberá incluir, de forma claramente visible, mensajes que adviertan sobre los peligros para la salud y para el bienestar social que puede producir el uso o abuso de su consumo de acuerdo con lo dispuesto en la normativa que específicamente trate la materia.

b) No podrá incitar a un consumo abusivo ni asociar el consumo a una mejora de rendimiento físico o psíquico; al éxito social o sexual; a efectos terapéuticos, sedantes o estimulantes; a contribuir a superar la timidez o a resolver conflictos, o a la realización de actividades que impliquen riesgo para los consumidores o responsabilidades sobre terceros.

c) No podrá ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad.

d) No podrá utilizar argumentos dirigidos a menores de edad, o mensajes, conceptos, lenguaje, escenas, imágenes, dibujos, iconos o personajes de ficción o de relevancia pública vinculados directa y específicamente a las personas menores de edad, que inciten al consumo.

e) No podrá utilizarse la imagen y la voz de menores de edad para publicitar bebidas alcohólicas.

f) En los medios de comunicación no se usarán imágenes o contenidos que les pueda influir negativamente en sus hábitos de vida o predisponerlos a cualquier trastorno adictivo.

2. Se prohíbe expresamente la publicidad, directa, indirecta o encubierta, y la promoción de bebidas alcohólicas dirigida a menores de 18 años, así como cualquier actividad que pueda incitar, de manera directa, indirecta o encubierta, al consumo de bebidas alcohólicas

por menores de edad. Esta prohibición se extiende a la publicidad de objetos o productos que por su denominación, grafismo, modo o lugar de presentación o cualquier otra causa pueda suponer una publicidad encubierta de bebidas alcohólicas.

Artículo 67. *Prohibiciones relativas a la publicidad de bebidas alcohólicas en lugares públicos.*

Sin perjuicio de lo establecido en la normativa básica estatal, se prohíbe la publicidad directa, indirecta o encubierta de bebidas alcohólicas:

1. En las instalaciones y centros de formación y educación, sanitarios, de atención sociosanitaria y de servicios sociales.
2. En los centros y dependencias de las administraciones públicas de la Comunitat Valenciana.
3. En los medios de transporte público.
4. En la vía pública, cuando haya una distancia lineal inferior a 200 metros entre el anuncio publicitario y alguno de los centros contemplados en el apartado 1. Quedan excluidas de esta prohibición las señales indicativas propias de los puntos de producción y venta legalmente autorizados que, no obstante, estarán sometidos a las prohibiciones y limitaciones que se establezcan reglamentariamente.
5. En los lugares en los que esté prohibida su venta, dispensación y consumo, no podrán publicitarse bebidas alcohólicas de más de 20 grados.

Artículo 68. *Limitaciones a la promoción de bebidas alcohólicas.*

1. Las actividades de promoción pública de bebidas alcohólicas en ferias, exposiciones, muestras y actividades similares, serán realizadas en espacios diferenciados cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas. No estará permitido el acceso a menores de 18 años no acompañados de personas mayores de edad.
2. Quedan prohibidos los actos que estimulen un consumo inmoderado de alcohol basándose en la competitividad en el consumo de estas sustancias.

CAPÍTULO III

Limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 69. *Prohibiciones.*

No se permitirá la venta, el suministro ni el consumo de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

1. En los centros de trabajo públicos, salvo en los lugares expresamente habilitados al efecto, en los que sólo se permitirá la venta y consumo de bebidas alcohólicas de menos de 20 grados.
2. En los centros sanitarios, de atención sociosanitaria y de servicios sociales, salvo en los lugares habilitados al efecto, en los que sólo se permitirá la venta y consumo de bebidas alcohólica de menos de 20 grados.
3. En los centros docentes y de formación, salvo aquellos en los que se imparta educación superior o formación dirigida exclusivamente a mayores de edad. En este último caso, no se permitirá la venta y consumo de bebidas alcohólicas de más de 20 grados.
4. En los centros de menores.
5. En todo tipo de establecimiento, desde las 22.00 horas a las 07.00 horas del día siguiente, excepto en aquellos en los que la venta de bebidas alcohólicas esté destinada a su consumo en el interior del local. Queda incluida en esta prohibición la venta celebrada en establecimiento comercial, por teléfono o por cualquier otro medio, seguida del reparto a domicilio de los productos comprados, cuando dicho reparto se realice dentro de la franja horaria indicada.

El horario determinado en el párrafo anterior podrá ser alterado mediante resolución de la autoridad sanitaria en situaciones de riesgo declarado para la salud pública con una duración determinada en el tiempo.

6. En las áreas de servicio y de descanso de autopistas y autovías, gasolineras y estaciones de servicio no podrán venderse ni consumirse bebidas alcohólicas de más de 20 grados.

7. En la vía pública, excepto terrazas y veladores autorizados. No obstante, las ordenanzas municipales podrán autorizar la venta, suministro y consumo de bebidas alcohólicas en determinados lugares de la vía pública o en determinados días de fiestas patronales, locales o festivos concretos o excepcionalmente con motivo de algún evento autorizado.

Los ayuntamientos podrán autorizar el consumo en espacios de tradición gastronómica, dentro del horario y la delimitación de espacio que marquen las propias corporaciones locales.

La venta o el consumo de bebidas deberán ser de menos de 20 grados.

Cuando las entidades locales autoricen el consumo de bebidas alcohólicas en determinados espacios públicos al aire libre en los que estén previstas las concentraciones de personas, se deberán adoptar las medidas necesarias que garanticen el cumplimiento de la prohibición de venta, suministro y consumo de bebidas para menores de edad y las demás prohibiciones establecidas en esta ley. Las entidades locales que otorguen la autorización velarán, asimismo, por la salud y seguridad de las personas que se encuentren reunidas y por el derecho al descanso de las personas.

8. En los centros de trabajo no podrán venderse ni consumirse bebidas alcohólicas de más de 20 grados.

Artículo 70. *Prohibiciones relativas a menores de edad.*

1. Se prohíbe la venta, el suministro, gratuito o no, y el consumo de bebidas alcohólicas a las personas menores de 18 años. Cuando existieran dudas acerca de la edad del consumidor, el vendedor o suministrador deberá solicitar la acreditación de la edad mediante documento de valor oficial.

2. En todos los establecimientos, instalaciones o lugares en que se suministren bebidas alcohólicas, así como en las máquinas expendedoras automáticas, deberán colocarse, de forma visible para el público, carteles que adviertan de las prohibiciones establecidas en el apartado anterior, de acuerdo con las características que se determinen reglamentariamente.

Artículo 71. *Máquinas expendedoras.*

El suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas expendedoras en instalaciones abiertas al público sólo podrá efectuarse cuando la ubicación de aquéllas permita su absoluto control por las personas responsables de dichas instalaciones o sus representantes, de modo que se impida el acceso a las máquinas a menores de 18 años. A estos efectos, se prohíbe colocar estas máquinas en espacios abiertos al tránsito público, como viales y parques en general.

CAPÍTULO IV

Limitaciones a la venta, suministro, consumo, publicidad y promoción de productos del tabaco y dispositivos susceptibles de liberación de nicotina

Artículo 72. *Limitaciones.*

1. Las limitaciones a la venta, suministro, consumo, publicidad y promoción de productos del tabaco y dispositivos susceptibles de liberación de nicotina se regirán por lo establecido en la legislación básica estatal y en las normas que en su desarrollo se dicten.

2. Se prohíbe la venta a menores de 18 años de tabaco y de productos destinados a ser fumados, inhalados, chupados o masticados, constituidos total o parcialmente por tabaco, o susceptibles de liberación de nicotina, así como de productos que los imiten o que induzcan al hábito de fumar o sean nocivos para la salud.

3. Se prohíbe toda actividad que, con o sin fines publicitarios o promocionales, pueda incitar, de manera directa, indirecta o encubierta, a consumir productos del tabaco por menores de edad.

CAPÍTULO V

Actuaciones sobre otras drogas y trastornos adictivos

Artículo 73. *Estupefacientes y sustancias psicotrópicas.*

1. La conselleria competente en materia de sanidad elaborará y proporcionará información actualizada a los usuarios y profesionales de los servicios sanitarios sobre la utilización en la Comunitat Valenciana de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y demás fármacos psicoactivos y medicamentos capaces de producir dependencias.

2. Se prestará especial atención al control de la producción, prescripción y dispensación de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, dentro del marco legislativo vigente.

Artículo 74. *Productos susceptibles de inhalación, colas y otras sustancias.*

Se prohíbe la venta y suministro a menores de 18 años de colas, productos químicos industriales inhalables u otras sustancias de venta autorizada que puedan producir efectos nocivos para la salud y creen dependencia o produzcan efectos euforizantes, depresivos o alucinógenos.

Artículo 75. *Limitaciones a la venta, consumo y publicidad.*

1. En ningún caso se permitirá la venta y el suministro a menores de 18 años de los productos mencionados en los artículos anteriores de este capítulo.

2. Los productos que contengan las sustancias a que se refieren los artículos anteriores no podrán ser presentados de manera que por su color, forma, grafismo u otras circunstancias puedan atraer especialmente la atención de las personas menores de 18 años.

3. Se prohíbe el suministro de productos que, por sus características, incluida su presentación, inciten al consumo de sustancias que pueden generar adicción.

4. Se prohíbe toda forma de publicidad de las sustancias indicadas en este capítulo dirigida a menores de edad.

5. Se prohíbe toda actividad que, con o sin fines publicitarios o promocionales, pueda incitar, de manera directa, indirecta o encubierta, al consumo de sustancias no permitidas o que puedan generar adicción.

6. Se prohíbe la elaboración y la venta de bebidas y productos alimenticios que contengan drogas, a excepción de bebidas alcohólicas, y cuyo consumo sea perjudicial para la salud.

Artículo 76. *Otros trastornos adictivos.*

1. Se promoverán las actuaciones necesarias para el estudio, análisis, investigación e impulso de programas de prevención, asistencia e integración social referidos a otras adicciones conductuales que puedan generar una dependencia similar a la de las sustancias químicas y las mismas repercusiones en el entorno familiar, social y económico.

2. El juego patológico, como trastorno adictivo, merecerá especial interés por parte del sistema educativo, sanitario y social. Los poderes públicos promoverán medidas dirigidas a prevenir y eliminar las conductas ludópatas y sus consecuencias en el ámbito sanitario, familiar, económico y social.

3. El uso de nuevas tecnologías, tales como teléfono móvil, videojuegos, internet o contenidos virtuales, puede generar adicción cuando su uso abusivo interfieren de un modo significativo en las actividades habituales del usuario. Esta situación tendrá la misma consideración y tratamiento que otras adicciones a efectos preventivos, sanitarios y sociales.

CAPÍTULO VI

Financiación de las actuaciones

Artículo 77. *Financiación de la Generalitat.*

La dotación presupuestaria para el desarrollo de las actuaciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos se incrementará con la cuantía de las sanciones económicas impuestas por la comisión de las infracciones tipificadas en el capítulo IV del título IX de esta ley. Los ingresos que se produzcan por dicha causa estarán afectados a la prevención, asistencia y demás actuaciones que se desarrollen en materia de drogodependencias y trastornos adictivos por parte de la conselleria competente.

Artículo 78. *Financiación de las entidades locales.*

La obtención de financiación de la Generalitat por parte de las entidades locales para el ejercicio de competencias previstas en el marco de esta ley en materia de drogodependencias y trastornos adictivos exige que éstas dispongan de un plan municipal sobre trastornos adictivos y que consignen en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada, los créditos específicos destinados a esta finalidad.

TÍTULO VII

Docencia, investigación e innovación

Artículo 79. *Docencia y formación.*

1. Todo el Sistema Valenciano de Salud debe estar en disposición de poder ser utilizado para la docencia pregraduada, especializada, postgraduada y continuada de los profesionales.

2. La Generalitat Valenciana, a través de la conselleria competente en materia de sanidad, colaborará con las universidades **de titularidad pública** y los centros de formación profesional estableciendo acuerdos entre las universidades y los centros de estudios de las instituciones sanitarias para garantizar la docencia práctica y clínica de las titulaciones que así lo requieran y priorizará las impartidas en centros **de titularidad pública** y con sometimiento a la normativa de aplicación y regulación específica en materia de incompatibilidades.

> Téngase en cuenta que se declaran inconstitucionales y nulos los términos destacados del apartado 2, en la redacción dada por la Ley 8/2018, de 20 de abril. Ref. BOE-A-2018-6402, por Sentencia del TC 14/2019, de 31 de enero. Ref. BOE-A-2019-2548

3. La conselleria competente en materia de sanidad y las universidades, centros y escuelas universitarias, en el ámbito de sus competencias, se coordinarán para la gestión y programación de sus actividades docentes e investigadoras, acorde a las necesidades y capacidades del Sistema Valenciano de Salud.

4. Los centros y servicios sanitarios del Sistema Valenciano de Salud se considerarán centros de formación de los profesionales, en la medida que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines.

5. Se elaborarán planes de formación, teniendo en cuenta las necesidades formativas de los profesionales y las diferentes líneas de acción estratégicas de la conselleria competente en materia de sanidad.

6. En el marco de dichos planes, se promoverá la formación permanente y el perfeccionamiento de los profesionales del Sistema Valenciano de Salud mediante la formación continuada de calidad.

Artículo 80. *Investigación e innovación.*

1. La Generalitat fomentará la investigación, la innovación y las buenas prácticas en el ámbito de la salud, como elementos esenciales para el progreso del sistema valenciano de salud. Todo el sistema valenciano de salud debe estar en disposición de poder ser utilizado para las actividades de investigación en salud.

2. La conselleria con competencias en materia de sanidad, en coordinación con la conselleria con competencias en materia de investigación y ciencia, determinará la programación de la política de investigación e innovación en materia de salud, siendo funciones de esta política:

a) Establecer, gestionar, coordinar y evaluar un marco global que permita el desarrollo de la investigación y la innovación en el ámbito sanitario, para lo que se dotará de un plan estratégico plurianual, en línea con las estrategias de I+D+I de la Comunitat Valenciana establecidas por la conselleria con competencias en materia de I+D+I, el plan estratégico nacional de I+D+I y las líneas marcadas en los programas marco europeos de investigación.

b) Promover y facilitar el desarrollo de la investigación y la innovación orientadas a la fundamentación científica en la toma de decisiones en materia de salud, con especial atención a su relevancia, calidad y aplicación de resultados a la práctica clínica.

c) Organizar, gestionar, coordinar y evaluar las diferentes actividades encaminadas al impulso y fomento de la investigación, desarrollo e innovación sanitaria.

d) Impulsar, coordinar y realizar el seguimiento de plataformas científico-tecnológicas que promuevan la evaluación de tecnologías sanitarias, el desarrollo y la innovación en el ámbito sanitario.

e) Coordinar los centros y estructuras de gestión de investigación e innovación vinculadas al ámbito sanitario público de la Comunitat Valenciana.

f) Impulsar, coordinar y realizar el seguimiento de iniciativas de colaboración público-privadas en materia de investigación e innovación sanitaria y biomédica.

g) Participar con otros órganos e instituciones de su ámbito en el seguimiento y desarrollo de los planes y proyectos de investigación, desarrollo e innovación sanitaria.

h) Constituir, cuando sea oportuno, entidades sin ánimo de lucro de carácter científico, cuyo fin primordial será el impulso y desarrollo de la investigación científico-técnica, sanitaria y biomédica de la Comunitat Valenciana.

3. La Generalitat fomentará la coordinación e integración de las actividades de I+D+I de las fundaciones del sector público que tiene adscritas y de las instituciones sanitarias y de salud pública cuya investigación gestionan, con el objetivo de incrementar la masa crítica de sus grupos de investigación, coordinar sus infraestructuras científicas y plataformas tecnológicas e incrementar su capacidad competitiva en el espacio de investigación nacional, europeo e internacional. A este fin, se podrán desarrollar las estructuras cooperativas (unidades mixtas, redes de investigación, consorcios entre entidades de investigación u otras fórmulas organizativas) que permitan una colaboración más eficiente de los grupos e instituciones de I+D+I del sistema valenciano de salud.

4. La Generalitat fomentará la coordinación de las actividades de I+D+I del sistema valenciano de salud con las de otros agentes del sistema de investigación e innovación y, en especial, con las universidades públicas, parques tecnológicos, organismos públicos de investigación promoviendo el desarrollo de institutos de investigación sanitaria y otras fórmulas de coordinación. Del mismo modo, la Generalitat fomentará las actividades de innovación en salud, orientando una relación fructífera con las empresas del sector y, en especial, articulando el soporte para la evaluación de tecnologías sanitarias y de innovaciones y el desarrollo de pruebas de concepto y validaciones clínicas.

5. La Generalitat fomentará las actuaciones de intensificación de la actividad investigadora entre el personal profesional del sistema valenciano de salud, así como las de movilidad y de intercambio entre profesionales, tanto a nivel de la propia Comunitat como en los espacios sanitarios de ámbito estatal e internacional, promoviendo su participación en actividades de investigación e innovación. La conselleria con competencias en materia de sanidad velará para favorecer e impulsar líneas de actuación que eviten el conflicto de intereses que pudieran estar relacionados con patrocinios de instituciones y empresas privadas, fomentando la transparencia.

TÍTULO VIII

Intervención y medidas especiales

CAPÍTULO I

Autoridad pública sanitaria y la intervención en materia de sanidad

Artículo 81. *Autoridad pública sanitaria.*

1. En el marco de lo establecido en la legislación básica estatal, tienen el carácter de autoridad pública sanitaria:

a) El Consell.
b) La persona titular de la conselleria competente en materia de sanidad.
c) Las personas titulares de los órganos superiores y directivos con funciones en materia de salud pública y de intervención.
d) Los médicos, farmacéuticos inspectores e inspectores de salud pública en el ejercicio de sus funciones.
e) Los órganos administrativos de la conselleria competente en materia de sanidad, de acuerdo con lo que establezcan, en su caso, las normas de desconcentración o delegación de funciones en materia de salud pública y de intervención.
f) Los alcaldes.

2. Tienen el carácter de agentes de la autoridad pública sanitaria los funcionarios y el personal estatutario en el ejercicio de las funciones previstas en el apartado anterior.

3. La conselleria competente en materia de sanidad establecerá sistemas de vigilancia y supervisión para garantizar la seguridad sanitaria en aquellas actividades con posible repercusión sobre la salud.

Artículo 82. *Responsabilidad y autocontrol.*

Las personas físicas o jurídicas titulares de servicios, establecimientos, instalaciones e industrias cuya actividad pueda incidir en la salud de las personas son responsables de la higiene y de la seguridad sanitaria en estos lugares, debiendo establecer procedimientos de autocontrol eficaces.

Artículo 83. *Acciones de intervención.*

1. Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como los centros y servicios de atención sociosanitaria en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos estarán sometidos a la intervención de la conselleria competente en materia de sanidad.
2. Asimismo, las actividades públicas y privadas de las que, directa o indirectamente, pueda derivarse un riesgo para la salud y seguridad de las personas, incluidas las de promoción y publicidad, se someterán a las medidas de intervención que reglamentariamente se establezcan.
3. Las autoridades públicas sanitarias, a través de sus órganos competentes, podrán adoptar los siguientes medios de intervención:

a) Sometimiento a previa autorización administrativa o inscripción en registro.
b) La presentación de declaraciones responsables y comunicaciones previas.
c) Sometimiento a inspecciones y otros actos de control preventivo.
d) Sometimiento a reglamentaciones que establezcan las condiciones de funcionamiento y ejercicio de las actividades.
e) Sometimiento a prohibiciones u órdenes que contengan los requisitos mínimos para el uso y tráfico de bienes.
f) Sometimiento a las medidas especiales cautelares y definitivas adoptadas.

4. La elección y aplicación de los medios de intervención se sujetará a los principios de necesidad y proporcionalidad y a lo dispuesto en las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes.

Artículo 84. *Autorización y registro.*

1. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios, cualesquiera que sea su nivel y categoría o titular, sea una persona física o jurídica, requerirán autorización administrativa para su instalación, apertura, funcionamiento, posibles modificaciones y, en su caso, cierre. Reglamentariamente se determinarán los requisitos necesarios para conceder dicha autorización y su inscripción en el registro correspondiente.

2. Los centros y servicios de atención sociosanitaria en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos estarán sujetos a autorización e inscripción en el registro correspondiente, en los términos previstos reglamentariamente, quedando prohibida la oferta terapéutica en todo centro o servicio que no cuente con la debida autorización administrativa.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica estatal, los interesados deberán entender desestimadas por silencio administrativo sus solicitudes en los siguientes procedimientos administrativos:

a) Autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
b) Autorización de centros y servicios de atención y prevención de trastornos adictivos.
c) Autorización de actividades que puedan afectar negativamente a la salud pública.

Artículo 85. *Actuaciones inspectoras.*

1. La actuación inspectora tiene, entre otros, los siguientes fines:

a) Garantizar el acceso a una asistencia sanitaria equitativa y de calidad en el marco de las prestaciones del sistema valenciano de salud, con pleno respeto a sus derechos, así como velar por el cumplimiento riguroso de las obligaciones del personal sanitario reconocidas en la presente ley.
b) Proteger la salud comunitaria, vigilando el cumplimiento de la normativa en materia de salud pública.
c) Asegurar una adecuada gestión de los recursos destinados a la atención sanitaria y sociosanitaria, velando por la ejecución de las directrices dictadas por la conselleria de sanidad.
d) Tutelar el buen funcionamiento de los sistemas de información como garantía del derecho a la información sanitaria de las personas.

2. En el ejercicio de las funciones de inspección u otras actuaciones de control preventivo, la autoridad pública y los agentes de la autoridad, previa acreditación de su condición, están facultados para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación en todo centro, servicio, establecimiento, unidad o local objeto de inspección y control oficial en el ámbito de su competencia.
b) Realizar las pruebas, investigaciones y exámenes necesarios para verificar el cumplimiento de la normativa vigente.
c) Tomar o sacar muestras de productos, así como recoger la información que se considere necesaria, tanto en soporte papel como informático, en orden a la comprobación del cumplimiento de la normativa sanitaria que corresponda a la actuación desarrollada.
d) Acceder y recoger la documentación sanitaria, industrial, mercantil y contable de los centros que inspeccionen cuando ello resulte necesario para el cumplimiento de su función.
e) Acceder a los sistemas de información sanitarios, así como a la historia clínica de los pacientes y personas usuarias en cualquier centro, servicio o establecimiento sanitario, público o privado, garantizando el derecho del paciente a la confidencialidad de sus datos, así como el derecho a la intimidad personal y familiar.
f) Realizar cuanto sea preciso en orden al cumplimiento de las funciones de inspección o control que realicen.

3. La conselleria competente en materia de sanidad contará con planes de inspección, que se aprobarán periódicamente y definirán los programas de actuación preferenciales y la

coordinación con todas las inspecciones que incidan en el ámbito sanitario y de la salud pública.

CAPÍTULO II

Medidas especiales cautelares y definitivas

Artículo 86. *Medidas especiales cautelares y definitivas.*

1. Cuando la actividad desarrollada pudiera tener una repercusión excepcional y negativa en la salud, las autoridades públicas sanitarias, a través de sus órganos competentes en cada caso, podrán proceder a la adopción de las medidas especiales que resulten necesarias para garantizar la salud y seguridad de las personas, que tendrán carácter cautelar o, tras el correspondiente procedimiento contradictorio, carácter definitivo.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica estatal, las medidas a utilizar por la administración serán, entre otras, las siguientes:

a) El cierre de empresas o sus instalaciones.

b) La suspensión del ejercicio de actividades.

c) La inmovilización de productos.

d) La incautación de los bienes directamente relacionados con los hechos que hayan dado lugar al procedimiento sancionador.

e) La intervención de medios materiales. Esta medida comporta la prohibición de manipulación, traslado o disposición en cualquier forma de los bienes intervenidos por la autoridad pública sanitaria.

f) La intervención de medios personales.

g) La prohibición de comercialización de un producto o su retirada del mercado y, cuando sea necesario, su destrucción en condiciones adecuadas.

h) Cualquier otra medida prevista expresamente en una norma con rango de ley.

3. La duración de las medidas de carácter temporal a que se refieren los apartados anteriores no excederá de lo que exija la situación que la motiva, ello sin perjuicio de las posibles prórrogas que puedan acordarse mediante resolución motivada.

4. Las medidas cautelares deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas en el acuerdo de iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los quince días siguientes a su adopción.

5. La inmovilización de productos y la intervención de medios materiales comportan la prohibición de manipulación, traslado o disposición en cualquier forma de los productos inmovilizados o intervenidos por la autoridad pública sanitaria.

6. La inmovilización de productos podrá ser acordada por los inspectores en la correspondiente acta de inspección cuando concurran situaciones de riesgo inminente y extraordinario para la salud pública o sospecha razonable de su existencia.

Artículo 87. *Deber de colaboración.*

1. Las administraciones públicas de la Comunitat Valenciana, en su ámbito competencial, así como las entidades o instituciones privadas y los particulares tienen el deber de colaborar con las autoridades públicas sanitarias cuando sea necesario para la efectividad de las medidas adoptadas.

2. Las personas comparecerán de manera obligatoria ante las oficinas públicas cuando sea necesaria para la protección de la salud pública. El requerimiento de comparecencia deberá ser motivado.

3. En el caso de que los titulares de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, detecten la existencia de riesgos para la salud derivados de la actividad o de los respectivos productos, están obligados a informar de inmediato a las autoridades públicas sanitarias correspondientes y retirar, si procede, el producto del mercado o cesar esta actividad de la forma que reglamentariamente se determine.

Artículo 88. *Cierre de empresas y suspensión de actividades.*

1. Podrá acordarse el cierre de empresas o sus instalaciones o la suspensión o prohibición de actividades por requerirlo la salud colectiva, por incumplimiento de los requisitos exigidos por la normativa vigente o por la falta de autorizaciones preceptivas.
2. Para la adopción de estas medidas será necesaria resolución motivada, previa audiencia a las partes interesadas.
3. En el supuesto de riesgo inminente y extraordinario para la salud pública, podrá prescindirse del trámite de audiencia, sin perjuicio de que posteriormente a la adopción de cualesquiera de estas medidas, deban ser oídos los interesados. Las medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas mediante decisión motivada.

Artículo 89. *Intervención de medios personales.*

1. Cuando exista o se sospeche razonablemente de la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud derivado de la intervención de determinada persona o personas en el proceso de producción de bienes o de prestación de servicios, se podrá prohibir su participación en dicho proceso mediante decisión motivada, por el tiempo necesario para la desaparición del riesgo.
2. Cuando exista o se sospeche razonablemente 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, se podrá ordenar la adopción de las medidas preventivas generales y de intervención entre las que se incluyen las de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control individual sobre la persona o grupos de personas, mediante decisión motivada, por el tiempo necesario para la desaparición del riesgo. La adopción de medidas que impliquen privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental está sujeta a lo dispuesto en la legislación estatal vigente en materia de medidas especiales en salud pública y la reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa.

Artículo 90. *Prohibición de comercialización o retirada del mercado de productos.*

1. Previa instrucción del correspondiente procedimiento administrativo y mediante resolución motivada, se podrá ordenar la retirada definitiva del mercado de un producto o lote de productos, o prohibir su comercialización, cuando resulte probada la falta de seguridad o la peligrosidad para las personas o existan sospechas razonables de su peligrosidad sin posibilidad práctica de determinar su seguridad.
2. Cuando sea necesario, podrá acordarse asimismo la destrucción del producto o lote de productos en condiciones adecuadas.
3. Serán de cuenta de la persona o personas responsables los gastos derivados de la adopción de las medidas contempladas en este precepto.

Artículo 91. *Plazos.*

El plazo para resolver y notificar en los procedimientos administrativos de adopción de medidas especiales será de seis meses contados desde la fecha en que se dicte el acuerdo de incoación.

TÍTULO IX

Régimen sancionador

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 92. *Infracciones.*

1. Son infracciones, en el marco de esta ley, las acciones u omisiones de los distintos sujetos responsables que ésta tipifica.

2. 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.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica estatal correspondiente, las infracciones calificadas como leves prescribirán al año, las calificadas como graves a los tres años y las calificadas como muy graves a los cinco años.

4. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse desde el día en que la infracción se hubiera cometido y se interrumpirá con la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador, reanudándose si el expediente estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.

Artículo 93. *Sujetos responsables de la infracción.*

1. Son sujetos responsables de las infracciones las personas físicas o jurídicas que incurran en las acciones u omisiones tipificadas como infracciones en esta ley y en el resto de la normativa sanitaria aplicable.

2. Los propietarios del establecimiento o los titulares del negocio, en su caso, sean personas físicas o jurídicas, deberán responder solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por sus empleados o dependientes.

3. Las empresas publicitarias, los beneficiarios de la publicidad, entendiendo por tales a los titulares de la marca o producto anunciado, así como el titular del establecimiento o espacio en que se emite el anuncio, deberán responder solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones previstas en esta ley en materia de publicidad.

4. Los padres, tutores, acogedores y guardadores legales, por este orden, deberán responder solidariamente con las personas menores de edad del pago de las indemnizaciones y sanciones derivadas de las infracciones cometidas por éstos últimos, por el incumplimiento del deber de prevenir la infracción administrativa cometida.

5. Los administradores de las personas jurídicas deberán responder subsidiariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por éstas cuando no hayan realizado los actos necesarios que fueran de su incumbencia para el cumplimiento de las obligaciones infringidas, consintieran el incumplimiento por quienes de ellos dependan o adoptaran acuerdos que hicieran posibles tales infracciones.

Artículo 94. *Sanciones.*

1. Las infracciones serán objeto, previa instrucción del oportuno expediente sancionador, de las sanciones administrativas contempladas en este título, sin perjuicio de lo preceptuado en la legislación básica y de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que pueda concurrir.

2. Las infracciones podrán ser sancionadas con multa; cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio; pérdida de la posibilidad de obtener ayudas oficiales, y decomiso de los bienes o productos que intervengan en la infracción.

3. Al imponer la sanción se deberá prever que la comisión de la infracción no resulte más beneficiosa para el infractor que el cumplimiento de las normas infringidas. A tal fin, la sanción económica que en su caso se imponga podrá ser incrementada con la cuantía del beneficio ilícito obtenido. Las cuantías indicadas para las infracciones graves y muy graves podrán rebasarse hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

4. En los supuestos de infracciones muy graves, el Consell podrá acordar 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. Igualmente, en el caso de infracciones muy graves, el órgano competente para imponer la sanción podrá acordar la pérdida de la posibilidad de obtener ayudas oficiales, tales como subvenciones, créditos bonificados o con moratoria y desgravaciones, entre otras.

6. La autoridad a quien corresponda resolver el procedimiento sancionador podrá acordar, como sanción accesoria, el decomiso de bienes o productos deteriorados, caducados, no autorizados, que puedan entrañar riesgo para la salud o intervenidos por su

implicación en la infracción, siendo por cuenta del infractor los gastos que origine su intervención, depósito, decomiso, transporte o destrucción.

7. No tendrán el carácter de sanción la clausura o cierre de establecimientos, instalaciones o servicios que no cuenten con las previas 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, y la adopción de cualquiera de las medidas especiales previstas en el título VIII de esta ley.

8. La imposición de una sanción no es incompatible con la obligación de reponer la situación alterada a su estado originario y con las indemnizaciones que, de acuerdo con la legislación vigente, deba satisfacer el sujeto responsable.

Artículo 95. *Concurrencia de sanciones.*

1. No podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados penal o administrativamente, en los casos en que se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento, si bien deberán exigirse las demás responsabilidades que se deduzcan de otros hechos o infracciones concurrentes.

2. En cualquier momento del procedimiento sancionador, cuando el órgano competente estime que los hechos pudieran ser constitutivos de ilícito penal, lo comunicará al Ministerio Fiscal. 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.

Artículo 96. *Graduación de las sanciones.*

Las sanciones serán proporcionadas a la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y se graduarán atendiendo a los siguientes criterios:

1. Negligencia o intencionalidad.
2. Reiteración o reincidencia por la comisión en el término de un año de más de una infracción, siempre que medie resolución firme.
3. Fraude o connivencia.
4. Generalización de la infracción.
5. Naturaleza de los perjuicios causados y riesgo para la salud, considerando el número y edad de personas afectadas y la permanencia o transitoriedad de los riesgos.
6. Beneficios obtenidos a causa de la infracción.
7. Incumplimiento de advertencias previas.
8. Cifra de negocios de la empresa.
9. En el caso de las infracciones previstas en el capítulo III del presente título, también se tendrán en cuenta los siguientes criterios: la graduación de las bebidas alcohólicas, la capacidad adictiva de la sustancia y el grado de difusión de la publicidad.
10. Cualquier otra circunstancia que incida en el grado de reprochabilidad de la conducta o culpabilidad del responsable, en un sentido atenuante o agravante.
11. Intrusismo profesional, de acuerdo con la legalidad vigente.

Artículo 97. *Prescripción de las sanciones.*

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica estatal correspondiente, las sanciones calificadas como leves prescribirán al año, las calificadas como graves a los tres años y las calificadas como muy graves a los cinco años.

2. El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción, y se interrumpirá con la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento de ejecución, reanudándose si el expediente estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al infractor.

Artículo 98. *Procedimiento sancionador.*

1. El procedimiento sancionador será el establecido en la normativa estatal de aplicación y en las normas que se dicten en desarrollo de esta ley.
2. El órgano competente para resolver los expedientes sancionadores podrá adoptar, durante su tramitación, las medidas provisionales que estime necesarias para asegurar la eficacia de la resolución que pudiera recaer. Estas medidas incluirán, entre otras, las siguientes: exigencia de fianza o caución, incautación de bienes directamente relacionados con los hechos que hayan dado lugar al procedimiento, cierre provisional de locales e instalaciones y suspensión de actividades.
3. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución de un expediente sancionador es de nueve meses. Este plazo se reducirá a seis meses cuando se opte por la aplicación del procedimiento simplificado.

Artículo 99. *Competencia sancionadora.*

1. Corresponde a los municipios, en el ámbito de sus competencias, imponer sanciones por la comisión de infracciones leves en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos y por la comisión de infracciones leves y graves en el resto de materias reguladas en esta ley, siempre que se hubieran cometido íntegramente en su ámbito territorial, así como adoptar las medidas especiales cautelares y definitivas que proceda.
2. La potestad sancionadora se ejercerá por la administración de la Generalitat en los siguientes supuestos:

a) Por la comisión de las infracciones leves, graves y muy graves previstas en esta ley, sin perjuicio de lo previsto en el apartado 1.
b) Cuando las acciones u omisiones que constituyan la infracción excedan del ámbito territorial de un municipio.
c) De forma subsidiaria cuando, denunciado un hecho y previo requerimiento al municipio que resulte competente, éste no incoe el oportuno expediente sancionador en el plazo de un mes a partir de la fecha del referido requerimiento, en el marco de lo previsto en la legislación sobre régimen local. En este caso, dicho procedimiento ya no podrá ser iniciado por el municipio.

3. En el ámbito de la Generalitat, corresponde a los titulares de las direcciones generales competentes por razón de la materia imponer sanciones por la comisión de infracciones leves y graves. Asimismo, corresponde al titular de la conselleria competente en materia de sanidad imponer sanciones por la comisión de infracciones muy graves, todo ello sin perjuicio de la competencia del Consell para acordar el cierre temporal de establecimientos, instalaciones y servicios.
4. Los municipios deberán comunicar mensualmente a la conselleria competente en materia de sanidad las incoaciones de expedientes sancionadores y las resoluciones definitivas que en su caso recaigan. Asimismo, la Generalitat informará a los municipios de cuantas actuaciones se deriven de su intervención en aquellas infracciones comunicadas por éstos, como consecuencia de su gravedad o naturaleza.

CAPÍTULO II

Régimen sancionador en materia de ordenación y asistencia sanitaria

Artículo 100. *Infracciones leves.*

Son infracciones leves las previstas con tal calificación en la legislación básica general de sanidad.

Artículo 101. *Infracciones graves.*

Son infracciones graves las previstas con tal calificación en la legislación básica general de sanidad, así como las siguientes:

1. El ejercicio o desarrollo de cualquiera de las actividades sujetas por la normativa sanitaria a autorización administrativa sanitaria previa, sin la autorización o registro sanitario preceptivos o habiendo transcurrido su plazo de vigencia; la modificación no autorizada por la autoridad competente de las condiciones técnicas o estructurales expresas sobre la base de las cuales se hubiera otorgado la correspondiente autorización, así como el cierre sin la debida autorización administrativa cuando sea preceptiva.

2. El incumplimiento de la obligación de comunicación previa o declaración responsable en aquellas actividades en que así se exija, así como la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a la comunicación o declaración.

3. El incumplimiento del deber de colaboración con las autoridades públicas 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, así como no seguir las entidades o personas responsables los procedimientos que se establezcan para el suministro de datos y documentos o haciéndolo de forma notoriamente defectuosa.

4. 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. Dificultar la labor inspectora mediante cualquier acción u omisión que la perturbe o retrase.

6. El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas cautelares o definitivas que formulen las autoridades públicas sanitarias, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

7. 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.

8. El incumplimiento de la normativa sanitaria cuando, a pesar de ser cometido por negligencia simple, produzca riesgo o alteración sanitaria grave.

9. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

Artículo 102. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves las previstas con tal calificación en la legislación básica general de sanidad, así como las siguientes:

1. 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 las personas.

2. El incumplimiento de las medidas especiales cautelares o definitivas que adopten las autoridades públicas sanitarias competentes, cuando se produzca de modo reiterado o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

3. 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. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

Artículo 103. *Sanciones.*

Las infracciones serán sancionadas conforme a las cuantías establecidas en la legislación básica general de sanidad.

CAPÍTULO III

Régimen sancionador en materia de salud pública

Artículo 104. *Infracciones leves.*

Son infracciones leves las previstas con tal calificación en la legislación básica de salud pública y de seguridad alimentaria y nutrición, así como el incumplimiento por simple

negligencia de la normativa sanitaria, siempre que la alteración o riesgo producido fuese de escasa entidad y no proceda su calificación como falta grave o muy grave.

El ejercicio o desarrollo de cualquiera de las actividades sujetas a inscripción en el correspondiente registro sanitario de establecimientos alimentarios menores, sin contar con esta inscripción en el registro cuando sea preceptiva, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las condiciones técnicas o estructurales expresas sobre la cual se otorgó la correspondiente inscripción.

La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a la solicitud de inscripción.

Artículo 105. *Infracciones graves.*

Son infracciones graves las previstas con tal calificación en la legislación básica de salud pública y de seguridad alimentaria y nutrición y las siguientes:

1. El ejercicio o desarrollo de cualquiera de las actividades sujetas a autorización sanitaria previa o registro sanitario sin contar con dicha autorización o registro cuando sean preceptivos, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las condiciones técnicas o estructurales expresas sobre las cuales se otorgó la correspondiente autorización.

2. El incumplimiento de la obligación de comunicación previa o declaración responsable en aquellas actividades en que así se exija, así como la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a la comunicación o declaración.

3. La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o desarrollo de cualquier actividad, cuyo precintado, clausura, suspensión, cierre o limitación de tiempo hubiera sido establecido por la autoridad competente, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

4. La no corrección de las deficiencias observadas en el plazo establecido por la autoridad pública sanitaria y que hayan dado lugar a sanción previa de las consideradas leves.

5. Las que se produzcan de forma negligente, por la falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate y den lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.

6. El incumplimiento del deber de colaboración, información o declaración hacia las autoridades públicas sanitarias para la elaboración de los registros y documentos de información sanitaria que establezca la normativa aplicable. Así como no seguir, las entidades o personas responsables, los procedimientos establecidos para el suministro de datos y documentos o haciéndolo de forma notoriamente defectuosa.

7. La resistencia a suministrar datos, a facilitar información o a prestar la colaboración a las autoridades públicas sanitarias o a los funcionarios sanitarios de salud pública en el ejercicio de sus funciones y, en general, cualquier acción u omisión que perturbe, retrase o impida la labor de los funcionarios sanitarios de salud pública.

8. La reiteración o reincidencia, por comisión en el término de un año de más de una infracción leve en materia de salud pública, cuando así haya sido declarado por resolución firme.

9. El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas especiales cautelares o definitivas que formulen las autoridades públicas sanitarias, siempre que se produzcan por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.

10. El incumplimiento de los deberes de confidencialidad o custodia de la información relativa a la salud de los trabajadores.

11. El incumplimiento de la normativa sanitaria vigente con trascendencia directa para la salud pública.

12. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

Artículo 106. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves las previstas con tal calificación en la legislación básica de salud pública y de seguridad alimentaria y nutrición y las siguientes:

1. La puesta en funcionamiento de aparatos o instalaciones o el desarrollo de cualquier actividad cuyo precintado, clausura, suspensión, cierre o limitación de tiempo hubiera sido establecido por la autoridad competente, cuando se produzca de modo reiterado aún cuando no concurra daño grave para la salud de las personas.
2. El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria o cualquier otro comportamiento doloso aunque no dé lugar a riesgo o alteración sanitaria grave.
3. La negativa absoluta a facilitar información, a suministrar datos o a prestar colaboración a las autoridades públicas sanitarias o a los funcionarios sanitarios de salud pública en el ejercicio de sus funciones.
4. La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades públicas sanitarias o funcionarios sanitarios de salud pública en el ejercicio de sus funciones.
5. El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades públicas sanitarias, así como el incumplimiento de las medidas especiales cautelares o definitivas adoptadas, cuando se produzcan de modo reiterado o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.
6. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

Artículo 107. *Sanciones.*

Las infracciones serán sancionadas conforme a las cuantías establecidas en la normativa básica en materia de salud pública y de seguridad alimentaria y nutrición.

CAPÍTULO IV

Régimen sancionador en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos

Artículo 108. *Infracciones leves.*

Son infracciones leves las previstas con tal calificación en la legislación básica estatal, así como las acciones y omisiones que vulneren lo dispuesto en el título VI o en las normas que lo desarrollen, siempre que se produzcan por simple negligencia, no comporten un perjuicio directo para la salud y no sean calificadas como graves o muy graves.

Artículo 109. *Infracciones graves.*

Son infracciones graves las previstas con tal calificación en la legislación básica estatal, así como las siguientes:

1. Las acciones y omisiones que vulneren lo dispuesto en el título VI o en las normas que lo desarrollen, cuando se realicen de forma consciente o deliberada.
2. Las acciones y omisiones que vulneren lo dispuesto, en relación a personas menores de edad, en el título VI o en las normas que lo desarrollen, aunque se produzcan por simple negligencia.
3. Dificultar o impedir cualquiera de los derechos de las personas drogodependientes o con trastornos adictivos ante los sistemas sanitarios y de servicios sociales.
4. El funcionamiento de centros y servicios de atención y prevención de trastornos adictivos sin la preceptiva autorización administrativa.
5. La resistencia a suministrar datos, a facilitar información o a prestar colaboración a las autoridades o a las personas funcionarias en el ejercicio de sus funciones y, en general, cualquier acción u omisión que perturbe, retrase o impida su labor, todo ello, referido a las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

6. El no corregir las deficiencias observadas en el plazo establecido por la autoridad pública sanitaria y que hayan dado lugar a sanción previa de las consideradas leves del artículo anterior.
7. El incumplimiento de los requerimientos específicos o de las medidas provisionales que acuerden las autoridades competentes en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, siempre que se produzcan por primera vez.
8. La reiteración o reincidencia, por comisión en el término de un año de más de una infracción leve, en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, cuando así haya sido declarado por resolución firme.
9. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.

Artículo 110. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves las previstas con tal calificación en la legislación básica estatal, así como las siguientes:

1. La resistencia, coacción, amenaza, represalia o cualquier otra forma de presión u obstrucción a las autoridades o personas funcionarias en el ejercicio de sus funciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
2. Las acciones y omisiones que vulneren lo dispuesto, en relación a personas menores de edad, en el título VI o en las normas que lo desarrollen, cuando se realicen de forma consciente y deliberada.
3. El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sobre drogas y trastornos adictivos, o cualquier otro comportamiento doloso en este ámbito que suponga un riesgo o alteración grave para la salud, y que no merezca la calificación de grave.
4. La negativa a facilitar información, a suministrar datos o a prestar colaboración a las autoridades o a los funcionarios en el ejercicio de sus funciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
5. El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades o personas funcionarias, así como el incumplimiento de las medidas especiales cautelares o definitivas adoptadas, cuando se produzcan de modo reiterado, todo ello, referido a las drogodependencias y otros trastornos adictivos.
6. La infracción continuada de los preceptos del título VI. Se entiende por infracción continuada la realización de una pluralidad de acciones u omisiones que infrinjan el mismo o semejante precepto, en ejecución de un plan preconcebido o aprovechando idéntica ocasión.
7. La reiteración y reincidencia por comisión en el término de un año de más de una infracción grave en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, cuando así haya sido declarado por resolución firme.
8. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.

Artículo 111. *Sanciones.*

1. Sin perjuicio de lo previsto en la legislación básica estatal, las multas por las infracciones cometidas en materia de drogodependencias y trastornos adictivos serán las siguientes:

a) Multa de hasta 15.000 euros por infracciones leves.
b) Multa desde 15.000,01 hasta 60.000 euros por infracciones graves.
c) Multa desde 60.000,01 hasta 600.000 euros por infracciones muy graves.

2. Las sanciones impuestas por infracciones cometidas por menores de edad podrán ser sustituidas, a juicio del órgano competente para sancionar, por la realización de cursos formativos de concienciación sobre el consumo de alcohol y otras drogas, en los términos que se establezcan reglamentariamente.

Disposición adicional primera. *Actualización de las cuantías de las sanciones.*

Las cuantías de las sanciones establecidas en la presente ley podrán ser actualizadas periódicamente por decreto del Consell teniendo en cuenta las variaciones del Índice de Precios de Consumo.

Disposición adicional segunda. *Personas adscritas a un departamento de salud.*

Las personas de alta en el SIP se adscribirán a un determinado departamento de salud a partir del momento en que tengan asignado y registrado en el SIP médico y centro sanitario.

Disposición adicional tercera. *Identificación de inspectores de salud pública, inspectores de servicios sanitarios y funcionarios de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública con funciones de inspección en acreditación, autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios.*

1. Se autoriza a los departamentos competentes en materia de salud pública, en materia de inspección de servicios sanitarios, y de acreditación, autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios a emitir carnés identificativos de los funcionarios que ejerzan funciones de control oficial de la cadena alimentaria y otras actuaciones de salud pública, así como de los inspectores de servicios sanitarios y de los funcionarios de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública con funciones de inspección en acreditación, autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios, basados en un código interno alfanumérico que sustituyan el de identificación nominal.

2. Reglamentariamente se regulará la expedición de dichos carnés y la creación del correspondiente registro, que permitirá hacer efectivo el derecho de los interesados en un procedimiento a identificar al personal al servicio de las administraciones públicas.

Disposición adicional cuarta. *Medidas de control del intrusismo.*

La conselleria competente en el ámbito de la salud se coordinará con los diversos colegios profesionales del ámbito sanitario para establecer mecanismos para luchar contra el intrusismo profesional en materia de salud.

Disposición adicional quinta. *Medidas relativas al personal de los consorcios sanitarios.*

1. Al objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal que presta servicios en el Sistema Valenciano de Salud, se podrán establecer procedimientos para la integración directa, con carácter voluntario, en la condición de personal estatutario, en la categoría y titulación equivalente, de quienes presten servicio en los consorcios sanitarios adscritos a la Generalitat con la condición de personal funcionario de carrera o en virtud de contrato laboral fijo.

Asimismo, se podrán establecer procedimientos para la integración directa, tanto del personal funcionario interino como del personal laboral temporal de los referidos consorcios sanitarios, en la condición de personal estatutario temporal, en la categoría, titulación y modalidad que corresponda.

2. El procedimiento de integración previsto en la presente disposición será objeto de desarrollo mediante un decreto del Consell, que regulará sus requisitos, condiciones generales y efectos.

3. El personal funcionario de carrera o laboral fijo que no opte por su integración mantendrá su régimen jurídico funcionarial o laboral, respetándose las condiciones que deriven de su situación de origen.

Disposición transitoria única. *Procedimientos sancionadores y de adopción de medidas especiales.*

Los procedimientos sancionadores y de adopción de medidas especiales iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de esta ley seguirán tramitándose conforme a la normativa anterior, sin perjuicio de la aplicación de la regulación más favorable en orden a la calificación de las infracciones y sanciones.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

1. Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo previsto en la presente ley, y con carácter expreso las siguientes:

a) Ley 1/1994, de 28 de marzo, de la Generalitat, de Salud Escolar.
b) Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunitat Valenciana.
c) Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana.
d) Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
e) Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunitat Valenciana.
f) Ley 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana.
g) Ley 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes.
h) Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, del Consell, por el que se constituyeron los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
i) Decreto 98/1998, de 14 de julio, del Consell, por el que se aprobó el reglamento orgánico y funcional de las estructuras político-administrativas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
j) Decreto 109/2001, de 12 de junio, del Consell, por el que se modificó el Decreto 98/1998, de 14 de julio, del Consell, que aprobó el reglamento orgánico y funcional de las estructuras político-administrativas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
k) Decreto 136/2001, de 26 de julio, del Consell, de modificación del Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, por el que se constituyeron los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
l) Decreto 186/2005, de 2 de diciembre, del Consell, de modificación del Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, por el que se constituyeron los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, modificado parcialmente por el Decreto 136/2001, de 26 de julio.

2. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado anterior, se mantienen vigentes, hasta que no se proceda a su desarrollo reglamentario, los artículos 19 a 21, 31, 32 y 33 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, y el artículo 22.1 de la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunitat Valenciana. Asimismo, se mantienen vigentes el resto de las disposiciones dictadas en desarrollo de la Ley 1/1994, de 28 de marzo; la Ley 1/2003, de 28 de enero; la Ley 3/2003, de 6 de febrero; el Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril; la Ley 4/2005, de 17 de junio; la Ley 6/2008, de 2 de junio, y la Ley 8/2008, de 20 de junio, salvo aquellos preceptos que se opongan a lo establecido en la presente ley.

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario de la ley.*

Se faculta al Consell para dictar cuantas disposiciones reglamentarias resulten necesarias para el desarrollo y aplicación de lo dispuesto en esta ley.

Disposición final segunda. *Reglamento de estructura, organización y funcionamiento del Sistema Valenciano de Salud.*

El Consell aprobará reglamentariamente, en el plazo máximo de seis meses desde la publicación de esta ley, la estructura, organización, atribuciones y régimen de funcionamiento del Sistema Valenciano de Salud.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Diari Oficial de la Comunitat Valenciana».

§ 28

Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud

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

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente

LEY FORAL DE SALUD

La Constitución de 1978 ha reconocido a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud. Tal declaración conlleva la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud a través de las medidas preventivas y prestaciones y servicios necesarios. En el plano organizativo ha posibilitado la asunción por la Comunidad Foral, a través de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento Foral, de un amplio elenco de competencias en materia de sanidad, Seguridad Social y establecimientos y productos farmacéuticos, por la combinación de los artículos 148 y 149 del texto constitucional. A estas competencias, por cuanto la Constitución ampara y respeta el régimen foral de los territorios históricos, hay que sumar las competencias históricas o forales que Navarra ha detentado en la materia al amparo de las Leyes de 25 de octubre de 1839 y 16 de agosto de 1841 y disposiciones complementarias, en particular el Decreto de 8 de enero de 1935.

En efecto, a tenor de los artículos 53, 54 y 58 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento Foral, le corresponden a Navarra las facultades y competencias sobre sanidad e higiene que ostentaba a la entrada en vigor de la referida Ley en virtud de sus derechos históricos, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior e higiene y seguridad social, y la ejecución de la legislación del Estado en materia de establecimientos y productos farmacéuticos.

Promulgada por el Estado la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y estando, por consiguiente, definido el marco básico en la materia al que han de ajustarse las Comunidades Autónomas, es objeto de la presente Ley Foral la regulación conforme a dicho marco de las actividades en materia de sanidad, higiene y asistencia sanitaria que son responsabilidad de las Administraciones Públicas de la Comunidad Foral y de las Entidades privadas, la creación y definición de la estructura orgánica básica del Servicio Navarro de Salud como órgano gestor de todos los Centros y Servicios sanitarios propios y transferidos a la Administración Foral y, en suma, la regulación general de las previsiones constitucionales sobre la salud con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos residentes en la Comunidad Foral.

Conforme estos postulados, la Ley Foral establece la universalización de la atención sanitaria, garantizando la misma a todos los ciudadanos de Navarra, sin discriminación alguna.

La Ley Foral, en primer lugar, sienta los siguientes principios que informan toda la actuación del sistema sanitario: concepción integral de la salud, eficiencia, equidad, descentralización, calidad y humanización en la prestación, participación, libertad, planificación y utilización de los recursos.

La concepción integral de la salud significa el alejamiento del modelo biomédico de salud para pasar hacia la consideración de todos los aspectos biopsicosociales que integran el concepto de salud, reconociendo la importancia de los factores ambientales y sociales, además de los biológicos y sanitarios, en la protección de la salud de los ciudadanos y de la colectividad. La política de salud vendrá orientada hacia la actuación sobre los factores que afectan a la salud, trascendiendo con creces el sistema sanitario, para convertirse en una política global intersectorial en la que los potenciales conflictos con los objetivos de otras políticas económicas y sociales deberán dirimirse en los niveles más altos de Gobierno.

El principio de equidad definido en esta Ley Foral afecta tanto a la disminución de las diferencias en los niveles de salud de los ciudadanos como a la garantía de igualdad en las condiciones de acceso al sistema sanitario. En el primer caso, la corrección de las desigualdades en la salud hace referencia no sólo al estado actual de salud de los ciudadanos sino también al potencial de promoción y mejora de la misma en el futuro, garantizando la igualdad en las condiciones de acceso a niveles elevados de salud. Respecto al acceso a los servicios del sistema sanitario, la Ley Foral proclama un principio de igualdad de oportunidades que no debe quedarse en el mero acceso físico a los servicios, debiendo alcanzar también el acceso administrativo que la Ley Foral le garantiza con la universalización, así como el acceso financiero, para cuyo logro la financiación debe ir progresivamente orientada hacia los presupuestos generales de la Administración, eliminando así las barreras de acceso impuestas a los ciudadanos por los costes en términos de tiempo y dinero. Por último, hay que igualar las condiciones de acceso cultural y de garantía de calidad de la atención sanitaria para todos los ciudadanos.

Los principios de eficiencia social, descentralización, calidad y humanización de la asistencia sanitaria, participación, libertad, planificación y utilización de los recursos sanitarios, orientan hacia un moderno sistema de gestión sanitaria en el cual, desde una actuación autónoma y participativa de los servicios sanitarios, se utilicen eficientemente todos los recursos sanitarios disponibles por los responsables de la sanidad pública.

A continuación la Ley Foral completa y desarrolla los contenidos de la Ley General de Sanidad sobre los derechos de los ciudadanos ante los servicios sanitarios. En este sentido, destaca, por un lado, la extensión dentro del territorio foral de la asistencia sanitaria pública a todos los ciudadanos residentes en cualquier municipio de Navarra, y, por otro, el derecho a la elección de Médico general, Pediatra, Tocoginecólogo, Psiquiatra en la correspondiente Área de Salud. Igualmente se contempla el derecho a la elección de facultativos especialistas y Centro hospitalario en las condiciones que se determinen reglamentariamente.

El cuadro de derechos de los ciudadanos se completa con el derecho al disfrute de un medio ambiente compatible con la salud colectiva, en el ámbito de la normativa que lo desarrolle. La Ley Foral aquí es previsora en relación con las tendencias de futuro de la política de salud, orientada cada vez más hacia el logro de un medio ambiente saludable en el que se pueda establecer la armonía entre el ciudadano y su entorno.

Seguidamente se dedica un título de la Ley Foral a sentar los criterios y principios generales de actuación sanitaria orientando decididamente la actividad de la Administración sanitaria a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, así como al fomento de la educación para la salud de la población. En este sentido, la Ley Foral se detiene en definir y precisar con el detalle necesario, aunque sin pretensiones de exhaustividad, las actuaciones a realizar en el campo de la salud pública, salud laboral, asistencia sanitaria ordenada en un nivel de atención primaria de salud y en un nivel de asistencia especializada. También encomienda al Gobierno de Navarra la elaboración y aprobación periódica de un plan de salud entendido como expresión de la política de salud a desarrollar en la Comunidad Foral. El título finaliza con una serie de normas que desarrollan

y complementan en lo necesario los aspectos relativos a la intervención pública en relación con la salud. Igualmente se complementa el sistema de infracciones y sanciones administrativas en materia de sanidad, que, por mandato constitucional, queda sujeto al principio de reserva de Ley.

El siguiente título aborda la definición y distribución de las competencias y funciones entre las diversas Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral. En este sentido, se atribuye al Departamento de Salud todas las funciones que implican ejercicio de autoridad, así como las de salud pública y salud laboral. La gestión de los servicios y prestaciones sanitario-asistenciales corresponde, pues, al Servicio Navarro de Salud. Respecto a los Ayuntamientos, la Ley Foral se preocupa de precisar sus responsabilidades y competencias en materia de salud pública y su participación en los órganos directivos y participativos del Servicio Navarro de Salud, áreas territoriales y Centros asistenciales. De esta forma se cumple debidamente el nivel de autonomía que tienen garantizado constitucionalmente los Ayuntamientos, al asegurar su derecho a participar en la gestión de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud, y al atribuirles determinadas responsabilidades en materia de control sanitario.

En cuanto a la ordenación territorial sanitaria, se definen en la Ley Foral las Zonas Básicas de Salud en las que se estructura todo el territorio de la Comunidad Foral. Igualmente se delimitan las Áreas de Salud en que se agrupan las Zonas Básicas, encomendándoles la gestión descentralizada de los Centros y establecimientos del Servicio Navarro de Salud en su demarcación territorial. Finalmente se contempla la Región Sanitaria como unidad de gestión responsabilizada de la gestión descentralizada de los Centros y establecimientos del Servicio Navarro de Salud.

Dentro de los aspectos organizativos, la Ley Foral, en primer lugar, prevé y regula la existencia de órganos de participación y, a continuación, se centra en la creación y definición de la estructura orgánica básica del Organismo autónomo administrativo Servicio Navarro de Salud, que viene a sustituir al Servicio Regional de Salud, que desde su creación, mediante Decreto Foral 43/1984, de 16 de mayo, ha venido gestionando los servicios y Centros sanitarios de la Administración de la Comunidad Foral. Con la creación del Servicio Navarro de Salud se trata de dotar a la Administración Sanitaria Foral de una estructura organizativa y de gestión en la que, por un lado, se integren de una forma real y efectiva los Centros y servicios sanitarios dependientes del Gobierno de Navarra, así como los provenientes de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que le sean adscritos en su momento, y, por otro, al dotarlo de competencias amplias en gestión de recursos humanos y económicos, se posibilite la consolidación de un Organismo verdaderamente autónomo y capacitado para la aplicación de técnicas y métodos de gestión, cotidiana y estratégicamente.

Por lo que se refiere a la ordenación funcional de la asistencia especializada, además de sentar el principio de unidad de gestión del sector público integrado en una Red Asistencial Pública, se posibilita la colaboración e integración del sector privado en una Red Asistencial de Utilización Pública. Se contempla también la acreditación de los Centros y servicios a integrarse en la referida Red que garantice una calidad y niveles adecuados de los mismos.

En materia de personal, la Ley Foral remite la definición de su régimen jurídico a una futura Ley Foral. Entretanto se limita a ofrecer una clasificación del personal atendiendo al régimen que le es aplicable y a sentar algunos criterios respecto a su régimen retributivo.

En lo referente a la financiación, tras describir las fuentes de financiación del sistema sanitario, la Ley Foral incorpora unos criterios básicos respecto de las partidas que deberán figurar en los presupuestos generales de Navarra para financiar el sistema sanitario público.

Recogiendo la realidad de la colaboración pública-privada en la prestación del servicio sanitario la Ley Foral se detiene en regular el concierto administrativo y la subvención, por cuanto son instrumentos jurídicos idóneos para formalizar la colaboración de la iniciativa privada con la pública. A tal efecto se definen los contenidos mínimos de los conciertos, así como las causas de su extinción. Respecto de las subvenciones, técnica paradigmática de la actividad administrativa de fomento, se fijan los criterios básicos para su concesión, así como la necesidad de suscribir un convenio-programa entre la Entidad o Centro subvencionado y la Administración sanitaria que garantice el cumplimiento de las obligaciones que se puedan derivar del .otorgamiento de la subvención.

Finalmente, la Ley Foral tampoco olvida hacer una referencia a las necesarias actividades de docencia y de fomento de la investigación sanitaria, a cuyo efecto, y como órgano de apoyo técnico y científico a dicha labor, se configura la fundación «Miguel Servet».

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1.

La Diputación Foral o Gobierno de Navarra constituye el poder público al que corresponden las funciones de ejecución y administración para hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos en el ámbito de la Comunidad Foral, en virtud de los derechos y competencias que se reconocen a Navarra en la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Fuero de Navarra y de cuanto se contempla en la Constitución Española.

Artículo 2.

1. La presente Ley Foral tiene por objeto la regulación general de las actividades sanitarias de las Entidades públicas y privadas, incluidas las de los sistemas de aseguramiento, en materia de sanidad interior, higiene y asistencia sanitaria, así como la creación del Servicio Navarro de Salud, todo ello con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección a la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución.

2. En el ejercicio de las competencias y funciones en materia de sanidad interior e higiene que corresponden a la Comunidad Foral, y a los efectos previstos en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, y Ley 14/1986, de 25 de abril, tienen el carácter de autoridad sanitaria el Gobierno de Navarra, el Consejero de Salud, el Director general de Salud y los Alcaldes en el ámbito de sus competencias. También tienen el carácter de autoridad sanitaria los funcionarios sanitarios cuando actúen en el ejercicio de funciones inspectoras.

Artículo 3.

(Derogado)

Artículo 4.

Las actuaciones y servicios sanitarios se ajustarán a los siguientes principios informadores:

a) Concepción integral de la salud.
b) Eficiencia social de las prestaciones.
c) Equidad en los niveles de salud e igualdad en las condiciones de acceso al sistema sanitario para todos los ciudadanos.
d) Descentralización y participación en la gestión.
e) Calidad y humanización de la asistencia sanitaria.
f) Participación de la comunidad.
g) Libertad en el acceso y en el ejercicio de actividades sanitarias.
h) Utilización de todos los recursos sanitarios públicos, y de los privados asociados por concierto.
i) Planificación de los recursos sanitarios por parte de la Administración Pública, con respeto a la relación Médico-enfermo.

TÍTULO I

Derechos del ciudadano ante los servicios sanitarios

Artículo 5.

(Derogado)

Artículo 6.

Se establece en el territorio de la Comunidad Foral el derecho al disfrute de un medio ambiente compatible con la salud colectiva, de conformidad con las normas elaboradas por las Administraciones Públicas de Navarra referidas a la calidad de las aguas, del aire, de los alimentos, control y salubridad de residuos orgánicos, sólidos y líquidos, residuos industriales, transporte colectivo, vivienda y urbanismo, condiciones higiénicas de los lugares de esparcimiento, trabajo y convivencia humana, así como, en consecuencia, la vigilancia epidemiológica.

Artículo 7.

Los ciudadanos residentes en Navarra tienen los siguientes deberes individuales en la utilización del sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de los Centros sanitarios.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos ofrecidos por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a utilización de servicios.
4. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento:
5. Aceptar las prestaciones que el sistema sanitario haya establecido con carácter general, tanto básicas como complementarias.
6. Cumplir las normas económicas y administrativas que le otorguen el derecho a la salud.
7. Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada Centro sanitario y al personal que preste sus servicios en el mismo.

Artículo 8.

1. Todos los ciudadanos acogidos a la asistencia sanitaria pública tienen derecho 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 el Área de Salud de su lugar de residencia. Con carácter excepcional, la Administración sanitaria podrá extender en determinados supuestos el derecho de libre elección en el ámbito de la Región sanitaria. Ejercida la libre elección a que se refiere el párrafo anterior y previa la conformidad del 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, previo informe de las organizaciones profesionales.
2. Todos los ciudadanos con derecho a la asistencia sanitaria pública dispondrán de libre acceso a los profesionales del Centro de Salud que preste servicio en el Área de Salud de su lugar de residencia.
3. Los requisitos de cambio de facultativo, tiempos de adscripción y libertad del facultativo para aceptar la asistencia se determinará por vía reglamentaria, oídas las organizaciones profesionales afectadas.
4. Todos los ciudadanos con derecho a la asistencia sanitaria pública tienen derecho a la elección de Centro o servicio hospitalario ubicado en el territorio de la Comunidad Foral, previa libre indicación facultativa, de entre las posibilidades que existan.
5. Los derechos reconocidos en los apartados anteriores se refieren a la elección de facultativos, Centro y servicio sanitario de la Red Asistencial Pública. Los derechos de libre elección de facultativos y de Centros o servicios hospitalarios concertados se especificarán en los conciertos correspondientes.

Artículo 9.

1. Con el fin de hacer efectivo el derecha a la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder el ciudadano y sobre los requisitos necesarios para su uso, se instrumentarán técnicas eficaces de información sobre los servicios sanitarios disponibles,

organización de los mismos, horario de funcionamiento y de visitas, procedimientos de acceso y demás información útil para los ciudadanos.

2. Las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral garantizarán a los pacientes de los Centros y servicios sanitarios propios y concertados el derecho a la segunda opinión, reglamentando los procedimientos de obtención de información suplementaria o alternativa ante recomendaciones terapéuticas o inclinaciones diagnósticas de elevada trascendencia individual.

Artículo 10.

1. Las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral garantizarán a los pacientes de los Centros y servicios sanitarios propios y concertados, el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, así como el uso exclusivamente sanitario y científico de la misma.

2. Todo el personal sanitario y no sanitario implicado en los procesos asistenciales a los pacientes de los Centros y servicios sanitarios públicos y privados queda obligado a no revelar datos de su proceso, con excepción de la información necesaria en los casos previstos expresamente en la legislación.

Artículo 11.

Los enfermos mentales, sin perjuicio de los derechos señalados en los artículos precedentes, tendrán en especial los siguientes:

a) Cuando en los ingresos voluntarios desapareciera la plenitud de facultades durante el internamiento, la Dirección del Centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial para la continuación del internamiento.

b) En los internamientos forzosos el derecho a que se reexamine periódicamente la necesidad del internamiento.

c) Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender el alcance de un tratamiento experimental a efectos de obtener su previo consentimiento, deberá solicitarse autorización judicial.

TÍTULO II

De la actuación sanitaria

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 12.

1. El sistema sanitario público de Navarra es el conjunto de los recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral orientados a la satisfacción del derecho a la protección de la salud, a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

2. El sistema sanitario público de Navarra estará compuesto por:

a) Las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral en el ámbito de sus respectivas competencias y funciones.

b) Los Consejos de Salud de Navarra.

c) Los Centros y servicios de salud pública, salud mental y laboral, así como los Centros y servicios de asistencia sanitaria individual integrados en el Servicio Navarro de Salud.

d) El personal al servicio de las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral y de sus Organismos autónomos.

3. El personal y los servicios de atención primaria y especializada y, en general, de todos los recursos sanitarios, sin perjuicio de sus propias y específicas tareas y responsabilidades, deberán orientar sus actividades con los siguientes fines:

a) Mejorar el estado de Salud de la población.
b) Prevenir los riesgos, enfermedades y accidentes.
c) Promocionar la salud de las personas y comunidades.
d) Promover la educación para la salud de la población.
e) Proveer la asistencia sanitaria individual y personalizada.
f) Cumplimentar la información sanitaria, vigilancia intervención epidemiológica.

CAPÍTULO II

Salud pública

Artículo 13.

Las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral desarrollarán las siguientes actuaciones relacionadas con la salud pública:

a) Atención al medio en cuanto a su posible repercusión sobre la salud humana. Ello incluye el control y mejora del ciclo integral del agua, incluyendo su uso recreativo; residuos sólidos; aire; suelo; actividades industriales y comerciales; locales de convivencia, trabajo y recreo; control sanitario de los alimentos e industrias, establecimientos o instalaciones que los produzcan y elaboren; protección frente a las zoonosis; seguridad física frente a las radiaciones ionizantes y no ionizantes; ruido y accidentes en sus diferentes formas; seguridad química frente al uso de sustancias potencialmente peligrosas para la salud, y, en general, el control de todas aquellas actividades clasificadas por su repercusión sobre la salud.
b) Vigilancia e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de transmisión de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y recopilación, elaboración y análisis de las estadísticas vitales y de los registros de morbilidad que se establezcan, como asimismo el análisis de los factores de riesgo medioambientales, la farmacovigilancia y control de reacciones adversas medicamentosas.
c) 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.
d) Fomento de la formación e investigación científica en el ámbito de la salud pública.

CAPÍTULO III

Salud laboral

Artículo 14.

1. Las Administraciones Públicas de Navarra, en el ámbito de sus respectivas competencias, desarrollarán la protección, promoción y mejora de la salud integral del trabajador.
2. Son fines y objetivos en materia de salud laboral:

a) Promoción con carácter general de la salud integral del trabajador.
b) Prevención sanitaria de los riesgos laborales, tales como los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, a través de los servicios propios y de las Entidades colaboradoras.
c) Vigilancia de las condiciones de trabajo y ambientales que puedan ser nocivas o insalubres para los trabajadores por sus particulares condiciones biológicas o procesos de salud agudos o crónicos, adecuando su actividad laboral a un trabajo compatible con su específica situación de salud.
d) Determinación y prevención de los factores del microclima laboral cuando puedan causar efectos nocivos para la salud de los trabajadores.
e) Vigilancia de la salud de los trabajadores para la detección precoz e individualización de los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a su salud.

f) Elaboración de un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. Para ello las Empresas habrán de facilitar obligatoriamente los datos que sean requeridos a tal efecto por las autoridades sanitarias.

g) Elaboración de un sistema de información sanitaria que permita determinar la morbilidad y mortalidad por patologías profesionales.

h) Promoción de la información, formación y participación de trabajadores y empresarios en los planes, programas y actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud laboral.

i) Ejecución de la planificación, programación y control de los servicios médicos de Empresa, en los términos establecidos en la legislación laboral.

j) Ejecución de las funciones inspectoras que le sean encomendadas a Navarra por el Consejo de Seguridad Nuclear.

3. El ejercicio de las competencias y actuaciones establecidas en este artículo se llevará a cabo bajo la dirección de la Administración sanitaria correspondiente, que actuará en colaboración directa y permanente con las autoridades laborales y los órganos de participación, control e inspección de las condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las Empresas.

4. Para el desarrollo de los fines y objetivos enumerados anteriormente, se creará un órgano consultivo con la presencia de las organizaciones sindicales y empresariales que participará en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral en los diferentes ámbitos y niveles territoriales, en los términos establecidos en esta Ley Foral.

CAPÍTULO IV

Asistencia sanitaria

Artículo 15.

1. La asistencia sanitaria se presentará de manera integrada a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria en los Centros, servicios y establecimientos sanitarios.

2. La asistencia sanitaria de la Comunidad Foral se ordenará en los siguientes niveles:

a) La atención primaria de salud que constituye la base del sistema sanitario y comprende el conjunto de actividades médico-asistenciales de acceso directo desarrolladas a nivel individual, de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de reinserción social en coordinación con la red pública de servicios socio-sanitarios.

b) Atención especializada tanto hospitalaria como extrahospitalaria.

Artículo 16.

La atención primaria de salud se presta a través de las Estructuras de Atención Primaria que, sobre la base del trabajo en equipo y con la participación activa de la población, llevarán a cabo, en el marco territorial de su Zona Básica de Salud, las siguientes acciones:

a) Asistencia sanitaria primaria individual tanto en régimen ambulatorio como domiciliario y de urgencias.

b) Actividades orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la reinserción social.

c) Actividades de educación sanitaria de la población, de docencia y de investigación.

d) Colaboración en los programas médico-preventivos, de salud pública y de protección sanitaria de grupos sociales con riesgos sanitarios, que específicamente se determinen.

e) La 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) Las de orientación y consejo a los ciudadanos en el uso de su libertad de elección y, en general, en su desenvolvimiento dentro del sistema sanitario.

Artículo 17.

La asistencia sanitaria especializada servirá de apoyo médico y quirúrgico a la atención primaria de salud y colaborará en los programas de prevención, educación sanitaria, atención de urgencias, interconsulta y consulta especializada, tanto en régimen hospitalario como extrahospitalario, y participación en actividades docentes.

Desarrollará sus actividades en coordinación con los servicios correspondientes del hospital de área.

Artículo 18.

1. Con carácter general el acceso al nivel de asistencia especializada extrahospitalaria se realizará, en su caso, libremente por el ciudadano o por indicación médica del personal de atención primaria de salud.

2. Sin perjuicio de lo establecido en el apartado anterior podrán establecerse limitaciones de carácter técnico asistencial en especialidades o modalidades extrahospitalarias.

3. La asistencia sanitaria especializada extrahospitalaria utilizará los recursos asistenciales de la Red Asistencial de Utilización Pública en función del nivel de acreditación de los Centros y de la complejidad de las patologías a atender, llevando a cabo las necesarias hospitalizaciones de corta estancia.

Artículo 19.

1. La asistencia especializada hospitalaria desarrolla la asistencia sanitaria de mayor complejidad técnica. El hospital dirigirá y coordinará las técnicas de medicina curativa y rehabilitadora en el ámbito al que quede adscrito. Desarrollará programas docentes, de formación continuada, actividades científicas y de investigación.

2. Los hospitales se clasifican en generales y especiales:

a) Los hospitales generales deberán quedar adscritos a una determinada área y podrán disponer de servicios de alta especialización de ámbito regional.

b) Tendrán carácter de hospitales especiales los monográficos, los médico-quirúrgicos que no posean las especialidades básicas y los de cuidados intermedios.

Artículo 20.

Los recursos de asistencia especializada, además de la asistencia sanitaria, realizarán las siguientes funciones:

a) El apoyo y la colaboración en 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) La colaboración en la realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen por las Administraciones sanitarias, de acuerdo con las necesidades sanitarias de la población.

c) La cumplimentación de los datos que sean requeridos para evaluar el estado de salud de la población asistida y las actividades de los servicios.

Artículo 21.

1. La Administración sanitaria de la Comunidad Foral en relación con el uso de medicamentos realizará las siguientes acciones:

a) Establecer programas de control de calidad de los medicamentos para comprobar la observancia de las condiciones de la autorización y de las demás que sean de aplicación.

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.

2. Las oficinas de farmacia, como establecimientos sanitarios que son, colaborarán 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 V

El Plan de Salud

Artículo 22.

El Gobierno, a propuesta del Departamento de Salud, previo informe del Consejo de Salud de Navarra, remitirá el Plan de Salud al Parlamento de Navarra para su debate y aprobación, dentro del año de finalización temporal del Plan que esté vigente.

El Plan de Salud incluirá los siguientes aspectos:

Análisis de la situación de la salud (condicionantes de la salud, estado de la salud, análisis de los servicios y prestaciones sanitarias); enunciado de prioridades, formulación de objetivos y programas a desarrollar (objetivos e intervenciones sobre los servicios sanitarios, objetivos e intervenciones sobre problemas de salud relevantes con acciones intersectoriales); metodología y evaluación del Plan; cronograma y entidades responsables; estimación de los recursos necesarios para el cumplimiento de las acciones contempladas en el Plan de Salud.

El Plan de Salud podrá ser revisado a lo largo de su duración temporal, siendo necesaria la aprobación parlamentaria de la revisión, previo informe del Consejo Navarro de Salud.

El Departamento de Salud remitirá al Parlamento de Navarra, en el primer trimestre de los años de vigencia del Plan, la evaluación y análisis del cumplimiento de los objetivos del Plan, así como un informe detallado de las acciones realizadas para su cumplimiento.

En el primer trimestre del año siguiente a la finalización del Plan y previo a la presentación de un Plan nuevo, el Departamento de Salud remitirá al Parlamento de Navarra la evaluación y análisis definitivo del Plan.

CAPÍTULO VI

Intervención pública en relación con la salud

Artículo 23.

La Administración sanitaria de la Comunidad Foral realizará las siguientes actuaciones:

a) Establecer los registros y métodos de análisis de la información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención.

b) Determinar las condiciones de notificación o, en su caso, autorización sanitaria de funcionamiento de los establecimientos del sector alimentario ubicados en la Comunidad Foral de Navarra.

Reglamentariamente se regularán las normas de funcionamiento del Censo Sanitario de Actividades Alimentarias de Navarra, donde se inscribirán las notificaciones de las actividades alimentarias, y del Registro Sanitario de Actividades Alimentarias de Navarra, en el que deberán inscribirse, con carácter previo al inicio de su actividad, las empresas alimentarias que precisen autorización sanitaria de funcionamiento y que cuenten en el territorio de la Comunidad Foral con algún establecimiento.

c) Exigir la autorización administrativa previa para la creación y funcionamiento, así como para las modificaciones en la estructura y régimen inicial, de todos los Centros, servicios y establecimientos sanitarios de Navarra, cualquiera que sea su nivel y categoría o titular. Asimismo, homologar, acreditar y registrar dichos Centros, servicios y establecimientos sanitarios.

d) Inspeccionar y controlar todos los Centros, servicios y establecimientos sanitarios de Navarra y sus actividades de promoción y publicidad. Los hospitales integrados en la Red Asistencial de Utilización Pública quedarán sometidos a la evaluación de sus actividades y funcionamiento en los términos que reglamentariamente se establezcan.

e) Establecimiento, control e inspección de las condiciones higiénico-sanitarias de funcionamiento y desarrollo de actividades, locales y edificios de convivencia pública o colectiva y, en general, del medio ambiente en que se desenvuelve la vida humana.
f) El ejercicio de la policía sanitaria mortuoria.

Artículo 24.

1. Las Administraciones Sanitarias de la Comunidad Foral, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, realizarán las siguientes actuaciones:

a) Establecer y acordar las limitaciones y las medidas preventivas que sean exigibles en las actividades públicas y privadas que directa o indirectamente puedan tener consecuencias negativas para la salud.
b) Establecer prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes y productos cuando impliquen un riesgo o daño para la salud.
c) Decretar la suspensión del ejercicio de actividades, cierre de Empresas o sus instalaciones y la intervención de medios materiales y personales que tengan una repercusión extraordinaria y negativa para la salud de los ciudadanos y se sospeche razonablemente la existencia de este riesgo, sin perjuicio de las indemnizaciones que procedan de acuerdo con lo dispuesto en las Leyes.

2. Las medidas y actuaciones previstas en el apartado anterior 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 25.

1. Serán objeto de evaluación, seguimiento e intervención por parte de las autoridades sanitarias en materia de asistencia sanitaria individual:

a) La satisfacción de las prestaciones sanitarias por parte de los Centros, del personal y de las Entidades aseguradoras y colaboradoras.
b) La satisfacción de los derechos reconocidos por esta Ley Foral a todos los ciudadanos.
c) El cumplimiento por parte de los ciudadanos de las prescripciones generales de naturaleza sanitaria y del buen uso de bienes y equipos sanitarios.
d) Las atenciones de salud laboral, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y situaciones de incapacidad e invalidez.
e) El rendimiento de las diversas unidades asistenciales, tanto propias como concertadas. En el caso de las concertadas, dentro de los términos previstos en el concierto.
f) En general, toda actividad sanitaria del personal, Centros y servicios públicos y privados de Navarra, respecto al cumplimiento de las normas sanitarias asistenciales.

2. El incumplimiento de las normas de salud laboral será motivo de intervención por parte de las autoridades sanitarias cuando del mismo se deriven infracciones de la normativa sanitaria.

Artículo 26.

1. El personal que lleve a cabo las funciones de inspección, cuando ejerza tales funciones y, acreditando si es preciso su identidad, estará autorizado para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación en cualquier momento, en todo Centro o establecimiento sujeto a esta Ley Foral.
b) Efectuar u ordenar la realización de las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley Foral y de cuantas normas se dicten para su desarrollo.
c) Tomar muestras, en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en esta Ley Foral y en las disposiciones para su desarrollo.
d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas para el correcto cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen.

2. 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.

CAPÍTULO VII

Infracciones y sanciones

Artículo 27.

1. Constituyen infracciones administrativas las acciones u omisiones que contravengan las obligaciones establecidas en la presente Ley Foral, directamente o a través de sus Reglamentos de aplicación, y demás normativa sanitaria vigente aplicable en cada caso.

2. Además de las infracciones sanitarias leves, graves y muy graves, previstas en el artículo 35 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se tipifican como infracciones sanitarias graves las siguientes:

a) Abrir, cerrar o trasladar un Centro, servicio o establecimiento sanitario, o modificar su capacidad asistencial, sin haber obtenido autorización administrativa correspondiente con arreglo a la normativa que resulte aplicable.

b) Dificultar o impedir el disfrute de cualquiera de los derechos reconocidos en el titulo I de esta Ley Foral a los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios públicos y privados.

c) Obstruir la acción de los servicios de inspección, así como el suministro de datos falsos o fraudulentos.

d) La aplicación de las ayudas o subvenciones públicas a finalidades distintas de aquellas para las que se otorgaran.

e) El incumplimiento de las normas relativas a registro y acreditación de Centros, servicios y establecimientos sanitarios.

3. Las infracciones sanitarias tipificadas en el número anterior podrán calificarse como muy graves, cuando produzcan daños graves para el usuario, la alteración sanitaria producida sea grave, la cuantía del beneficio obtenido sea alto y cuando exista reincidencia en la comisión de la infracción.

4. En los supuestos en que las infracciones pudieran constituir delito, la autoridad sanitaria pasará el tanto de culpa a la jurisdicción competente y se abstendrá de seguir el procedimiento administrativo sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme.

De no haberse estimado la existencia de delito, la Administración continuará el expediente sancionador, quedando interrumpido, mientras duren las diligencias penales, el plazo para la conclusión del expediente administrativo.

Las medidas preventivas o administrativas que hubieren sido adoptadas para salvaguardar la salud y seguridad de las personas se mantendrán en tanto la autoridad judicial se pronuncie sobre las mismas.

Artículo 28.

(Derogado).

Artículo 29.

1. Las infracciones sanitarias serán sancionadas con las multas y demás medidas previstas en el artículo 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2. Las autoridades sanitarias competentes para imponer las multas serán las siguientes:

a) El Alcalde, hasta 2.000.000 de pesetas.

b) El Consejero de Salud, hasta 10.000.000 de pesetas.

c) El Gobierno de Navarra, hasta 100.000.000 de pesetas.

3. Cuando en la tramitación del expediente el Juez Instructor estime que, dada la gravedad de la infracción, la competencia para sancionar por razón de la cuantía de la multa no corresponde al órgano que lo nombró, éste remitirá las actuaciones al órgano de la Administración que resulte competente, el cual las continuará a partir del momento procedimental en que se hallen.

4. La Administración de la Comunidad Foral podrá actuar en sustitución de los Ayuntamientos en los supuestos y con tos requisitos previstos en la legislación de régimen local.

5. Las cuantías de las multas serán actualizadas periódicamente por el Gobierno de Navarra en función de la evolución del índice de precios al consumo.

Artículo 30.

1. Una vez iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolverlo podrá adoptar las medidas preventivas que estime necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera establecerse y, en todo caso, para asegurar el cumplimiento de la legalidad, pudiendo adaptarse, entre otras, las siguientes medidas provisionales:

a) La suspensión total o parcial de la actividad.
b) La clausura de Centros, servicios, establecimientos o instalaciones.
c) La exigencia de fianza.

2. Previamente a la resolución que establezca las medidas provisionales se dará audiencia al interesado.

Artículo 31.

No tendrá carácter de sanción la clausura o cierre de Centros, servicios, establecimientos o instalaciones que no cuenten con las autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, o la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se rectifiquen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad, ni la retirada del mercado precautoria o definitiva de productos o servicios por las mismas razones.

TÍTULO III

Competencias y funciones de las Administraciones Públicas

CAPÍTULO I

Competencias de la Administración de la Comunidad Foral

Artículo 32.

Corresponde a la Administración de !a Comunidad Foral el ejercicio de las potestades reglamentaria, de administración y revisora, en materia de sanidad interior, higiene, asistencia sanitaria, productos y establecimientos farmacéuticos, conforme al ámbito competencia] que le corresponda en dichas materias a tenor de lo previsto en la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento Foral de Navarra.

Artículo 33.

1. El Departamento de Salud de! Gobierno de Navarra ejercerá las funciones de planificación, ordenación, programación, alta dirección, evaluación, inspección y control de las actividades, Centros y servicios, en las áreas de salud pública, salud laboral y asistencia sanitaria. Igualmente ejercerá la alta dirección, control y tutela del Servicio Navarro de Salud.

2. Para el ejercicio de las funciones descritas en el apartado anterior el Departamento de Salud dispondrá de una Dirección General que agrupará los servicios que reglamentariamente se determinen.

3. La Dirección General será el órgano responsable del ejercicio de las funciones de salud pública y salud laboral, cuyas actividades se realizarán por servicios o medios propios o encomendando la gestión técnica a otros Centros o servicios sanitarios. Mantendrá

intercambios con los Organismos especializados de salud pública y salud laboral ubicados fuera de Navarra para el mejor cumplimiento de sus funciones.

4. La Dirección General cooperará con los Ayuntamientos prestándoles el apoyo técnico y administrativo preciso para el ejercicio de las competencias en materia de salud pública que esta Ley Foral les atribuye y, en su caso, podrá intervenir de forma subsidiaria.

CAPÍTULO II

Competencias sanitarias de los Municipios

Artículo 34.

Los Ayuntamientos tendrán las siguientes competencias, que serán ejercidas en el marco de los planes y directrices sanitarias de la Administración de la Comunidad Foral:

1. En materia de salud pública:

a) Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.

b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.

c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los Centros de alimentación, peluquerías, saunas y Centros de higiene personal, hoteles y Centros residenciales, escuelas, 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 los medios de su 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.

2. En materia de participación y gestión sanitaria:

a) Participarán en los órganos de dirección o participación del Servicio Navarro de Salud, Área de Salud, Zonas Básicas de Salud y Centros hospitalarios en la forma prevista en esta Ley Foral y, en su caso, en la forma que reglamentariamente se determine.

b) Realizar la construcción, remodelación y/o equipamiento de consultorios locales o auxiliares, garantizando su conservación y mantenimiento. Cuando los consultorios se ubiquen en términos concejiles estas funciones corresponderán a los Concejos respectivos.

Artículo 35.

Los Concejos como entidades de Administración Pública, y de conformidad con los artículos 37 y 39.1.b de la Ley Foral de Administración Local de Navarra, tendrán en su término concejil las competencias y funciones referidas al control de aguas, saneamiento, residuos urbanos y control sanitario de los cementerios.

Artículo 36.

1. Los Ayuntamientos y Concejos, para el cumplimiento de las competencias y funciones sanitarias de las que son titulares, adoptarán disposiciones de carácter sanitario que serán de aplicación en su ámbito territorial.

2. Cuando el desarrollo de las funciones sanitarias lo requiera, los Ayuntamientos dispondrán de personal y servicios sanitarios propios para el ejercicio de sus competencias.

En los municipios donde el desarrollo de tales funciones no justifique que dispongan de personal y servicios propios, encomendarán tales funciones a profesionales sanitarios del Área de Salud a la que pertenezcan, y dispondrán del apoyo técnico de los Centros de salud.

El personal sanitario de la Administración de la Comunidad Foral que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en este capítulo tendrá la consideración, a estos

solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto al régimen de recursos y responsabilidades personales y patrimoniales.

Artículo 37.

El Gobierno de Navarra podrá delegar en los Ayuntamientos el ejercicio de cualesquiera funciones en materia sanitaria en las condiciones previstas en la legislación de régimen local.

TÍTULO IV

Ordenación territorial sanitaria

CAPÍTULO I

De las estructuras de Atención Primaria de Salud

Artículo 38.

1. Las Zonas Básicas de Salud constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la atención primaria de salud garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios primarios.

2. La delimitación de las Zonas Básicas de Salud es la contenida en la Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra, con las siguientes modificaciones:

a) Las Zonas Básicas de Salud de la Milagrosa, Iturrama, Ermitagaña y San Juan quedan estructuradas en la forma siguiente:

Milagrosa:

Comprende todo el distrito V (excepto secciones 8 y 11) del municipio de Pamplona. Comprende el valle de Aranguren. Comprende los concejos de Ardanaz, Badostáin, Sarriguren y Mendillorri (Ayuntamiento de Egüés).

Azpilagana:

Comprende las secciones 1, 2, 3, 11, 15, 16, 17, 21 y 23 del distrito IV del municipio de Pamplona.

Iturrama:

Comprende el distrito IV (excepto las secciones 1, 2, 3, 11, 12, 13, 15. 16, 17, 21 y 23) del municipio de Pamplona.

Ermitagaña:

Comprende las secciones 19, 21 y 22 del distrito III del municipio de Pamplona.

San Juan (nuevo):

Comprende las secciones 6, 7, 11, 12, 14, 15, 20 y 23 del distrito III del municipio de Pamplona.

San Juan (antiguo):

Comprende el distrito III (excepto las secciones 6, 7, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22 y 23) del municipio de Pamplona.

b) La Zona Básica de Salud de Valtierra se denominará Valtierra-Cadreita.

3. Se declaran Zonas Básicas de Especial Actuación las siguientes:

Las Zonas Básicas de Isaba, valle de Salazar, Ancin, Amescoa, Villatuerta, Aoiz, Olite y Auritz-Burguete.

En la Zona Básica de Elizondo: Zugarramurdi y Urdazubi-Urdax.

En la Zona Básica de Sangüesa: Petilla de Aragón, Urraúl Alto y Urraúl Bajo.

En la Zona Básica de Viana: Cabredo, Genevilla, Lapoblación, Marañón y Meano.
En la Zona Básica de Leitza: Goizueta y Arano.
En la Zona Básica de Irurtzun: Araitz, Betelu, concejo de Errazkin y barrio de Lezaeta.

Las modalidades sanitario-asistenciales de estas zonas serán establecidas reglamentariamente por el Gobierno de Navarra.

4. La creación y modificación de las Zonas Básicas de Salud se realizará por Acuerdo de Gobierno de Navarra a propuesta del departamento competente en materia de salud, previa audiencia de las entidades locales afectadas y de los órganos de participación y representación de las zonas básicas.

CAPÍTULO II

De las Áreas de Salud

Artículo 39.

1. Las Áreas de Salud son las demarcaciones territoriales operativas de las actuaciones y servicios sanitarios, responsabilizadas de la gestión descentralizada de los Centros y establecimientos del Servicio Navarro de Salud en su demarcación territorial, y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

2. Las Zonas Básicas de Salud se agruparán en las Áreas de Salud siguientes:

a) Área de Salud de Estella que agrupará todas las Zonas Básicas de Salud comprendidas en el área III de la Ley Foral de Zonificación Sanitaria.

b) Área de Salud de Tudela que agrupará todas las Zonas Básicas de Salud comprendidas en el área IV de la Ley Foral de Zonificación Sanitaria.

c) Área de Salud de Pamplona que agrupará todas las Zonas Básicas de Salud comprendidas en las áreas I, II y IV de la Ley Foral de Zonificación Sanitaria.

3. El Área de Salud de Pamplona podrá subdividirse en dos comarcas sanitarias en la forma y condiciones que se establezca reglamentariamente. En todo caso Pamplona capital y su comarca serán consideradas como una unidad poblacional y epidemiológica con carácter de comarca sanitaria.

CAPÍTULO III

De la Región Sanitaria

Artículo 40.

Navarra se constituye en Región Sanitaria integrada por las Áreas de Salud establecidas en el artículo anterior, y cuya gestión descentralizada de los Centros y establecimientos como asimismo de las prestaciones sanitarias se encomienda al Servicio Navarro de Salud.

TÍTULO V

Órgano de participación comunitaria

Artículo 41.

Con el carácter de órganos de participación se constituyen el Consejo Navarro de Salud, los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona Básica.

Artículo 42.

1. El Consejo Navarro de Salud se constituye en el órgano de participación comunitaria de la Administración sanitaria de la Comunidad Foral.

2. El Consejo Navarro de Salud se compone de los siguientes miembros:

Presidente: El Consejero de Salud.
Vicepresidente: El Director general de Salud.

Cinco Vocales.

Seis miembros en representación de la Administración sanitaria, designados libremente por el Consejero de Salud, tres de los cuales procederán de las diferentes Áreas de Salud.

Tres miembros en representación de las Asociaciones de Consumidores de Navarra.

Tres miembros pertenecientes a las Centrales Sindicales más representativas, según se establece en la Ley Orgánica de Libertad Sindical.

Tres miembros pertenecientes a las Organizaciones Empresariales más representativas, según se establece en la disposición adicional sexta del Estatuto de los Trabajadores.

Tres miembros designados por la Federación Navarra de Municipios y Concejos entre miembros de las Corporaciones locales.

Un profesional en representación de cada una de las Organizaciones Colegiales Sanitarias.

3. El Consejero de Salud designará entre sus miembros un Secretario.

Artículo 43.

Son funciones del Consejo Navarro de Salud:

a) Informar el anteproyecto de presupuesto del Departamento de Salud.
b) Emitir informe sobre el Plan de Salud de Navarra.
c) Asesorar e informar los programas de salud.
d) Informar la memoria anual del Servicio Navarro de Salud.
e) Informar cualquier otro asunto que sea sometido a su consideración por el Consejero de Salud.
f) Promover la participación de la Comunidad en los Centros y establecimientos sanitarios.

El Consejo Navarro de Salud elaborará su propio reglamento de organización y funcionamiento.

Artículo 44.

Reglamentariamente se determinará la composición y funciones de los Consejos de Salud de Área y Zona Básica.

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.

l) 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.

l) 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.

TÍTULO VII

Del personal al servicio del sistema sanitario público de Navarra

Artículo 70.

El personal al servicio del sistema sanitario público de Navarra está integrado por:

1. El personal al servicio de la Administración sanitaria de la Comunidad Foral, constituido por:

a) Personal funcionario o laboral de la Administración de la Comunidad Foral, adscrito al Departamento de Salud.
b) Personal funcionario o laboral transferido por la Administración del Estado a la Comunidad Foral por los Reales Decretos 1697/1985, de 1 de agosto, y 1885/1986, de 22 de agosto, adscrito al Departamento de Salud.

El personal a que se refieren los apartados a) y b) continuará con el régimen jurídico, retributivo y de derechos pasivos que tuvieran a la entrada en vigor de esta Ley Foral.
2. Personal del Servicio Navarro de Salud, constituido por:

a) Personal funcionario o laboral adscrito al Organismo autónomo Servicio Regional de Salud y a sus Centros y servicios.
b) Personal funcionario al servicio de la sanidad local adscrito al Organismo autónomo Servicio Regional de Salud.
c) Personal funcionario o laboral transferido por la Administración del Estado a la Comunidad Foral por los Reales Decretos 1697/1985, de 1 de agosto, y 1885/1986, de 22 de agosto, adscrito al Servicio Regional de Salud.
d) Personal funcionario estatutario o laboral de la Seguridad Social transferido por la Administración del Estado a la Comunidad Foral.

El personal del Servicio Navarro de Salud que se cita en las letras anteriores continuará, en lo no modificado por esta Ley Foral, con el régimen jurídico, retributivo y de derechos pasivos establecido en sus respectivos Estatutos y normas de aplicación, hasta tanto una Ley Foral regule el régimen homologado al que haya de acomodarse el personal integrado en el Servicio Navarro de Salud.

3. Personal de la sanidad municipal, constituido por:

a) Personal sanitario funcionario sujeto a la Ley Foral reguladora del Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra.

b) Personal funcionario sanitario municipal sujeto a las normas de 16 de noviembre de 1981.

c) Personal laboral.

El personal de los Ayuntamientos que se cita en las letras anteriores continuará con el régimen jurídico, retributivo y de derechos pasivos que tuvieran a la entrada en vigor de esta Ley Foral.

Artículo 71.

En el régimen retributivo del personal sanitario de atención extrahospitalaria dentro del sistema sanitario público, se integrará el concepto retributivo de la capitación.

Artículo 72.

La condición de personal al servicio de las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral será, en cualquier caso, incompatible con el desempeño de puestos de trabajo o actividades en Centros o servicios concertados o subvencionados, sin perjuicio del respeto a las situaciones legales existentes a la entrada en vigor de esta Ley Foral.

Artículo 73.

1. El personal de los Centros y Servicios sanitarios desarrollará sus actividades sobre las personas que asistan aplicando sus conocimientos profesionales y con sujeción a normas deontológicas.

2. Tanto el personal sanitario de los servicios públicos como el de los privados asociados por concierto queda sometido a los Reglamentos propios de sus Centros e Instituciones sanitarias, así como a las normas de asistencia sanitaria de los regímenes del sistema de la Seguridad Social cuando se trate de ciudadanos acogidos a los mismos.

En tales supuestos, el personal facultativo dispondrá de las facultades respecto a la prescripción farmacéutica y concesión de altas y bajas laborales de forma equivalente a lo establecido para el personal del Instituto Nacional de la Salud.

TÍTULO VIII

De la financiación

Artículo 74.

La financiación del sistema sanitario se realizará con cargo a:

a) Aportaciones de los presupuestos de las Administraciones sanitarias de la Comunidad Foral para el cumplimiento de sus obligaciones y competencias.

b) Cotizaciones y presupuestos del sistema sanitario de la Seguridad Social en sus diferentes regímenes general y especiales.

c) Cotizaciones y aportaciones de otros regímenes aseguradores, libres u obligatorios, que cubran la asistencia sanitaria, tanto públicos como privados.

d) Tarifas por prestación de servicios sanitarios.

Artículo 75.

1. En los presupuestos generales de Navarra se consignarán las partidas suficientes para atender el gasto que se derive de las actuaciones, servicios y prestaciones sanitarias atribuidas por esta Ley Foral a la Administración de la Comunidad Foral.

2. Los Ayuntamientos consignarán en sus presupuestos las partidas suficientes para atender el gasto que se derive del cumplimiento de las funciones y competencias sanitarias que les corresponden.

Artículo 76.

1. En el proyecto del presupuesto de gastos que elabore anualmente el Gobierno de Navarra figurarán, además de las partidas precisas para financiar el coste de los programas

y actividades sanitarias correspondientes a la Administración de la Comunidad Foral, las partidas de transferencias corrientes y de capital para el Servicio Navarro de Salud y Ayuntamientos que correspondan.

2. Figurarán, igualmente, en el capítulo de ingresos las transferencias de capital provenientes de los presupuestos del Estado y de la Seguridad Social, así como de otras Entidades públicas u Organismos internacionales.

3. El presupuesto del Servicio Navarro de Salud se integrará en los presupuestos generales de Navarra de una manera perfectamente diferenciada.

TÍTULO IX

Colaboración de la iniciativa privada

CAPÍTULO PRIMERO

De los conciertos para la prestación de servicios sanitarios

Artículo 77.

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.

Artículo 78.

1. Para la celebración de conciertos con el Servicio Navarro de Salud, las Entidades e Instituciones deberán reunir necesariamente los siguientes requisitos:

a) Haber obtenido el certificado de acreditación del Centro o servicio objeto de concertación.

b) Cumplir la normativa vigente en materia económico-contable, fiscal, laboral y de Seguridad Social que le sea de aplicación.

c) Adecuarse a cuantas disposiciones y ordenanzas afecten a las actividades objeto de concierto.

2. Los conciertos deberán recoger necesariamente los siguientes aspectos:

a) Los servicios, recursos y prestaciones objeto del concierto, señalándose los objetivos cuantificados que se pretenden alcanzar.

b) La duración, causas de finalización y sistema de renovación del concierto.

c) La periodicidad del abono de las aportaciones económicas.

d) El régimen de acceso de los ciudadanos con derecho a la asistencia sanitaria pública a los servicios y prestaciones, quedando asegurado que la asistencia sanitaria prestada lo es sin cargo económico alguno para el asistido.

e) El régimen de inspección de los Centros y servicios objeto de concierto 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 una Memoria anual de actividades y de una Memoria justificativa de la ejecución del presupuesto por el Centro o servicio concertado y de la adecuación de los costos de los servicios prestados.

h) Las formalidades a adoptar por las partes suscribientes del concierto antes de su denuncia o rescisión.

i) La previsión del coste real de los servicios a concertar realizada por el Servicio Navarro de Salud en colaboración con la Entidad o Institución concertada. En el cálculo del coste real se utilizarán los índices que se determinen reglamentariamente.

j) Naturaleza jurídica del concierto y jurisdicción a la que quedan sometidas las partes.

Artículo 79.

1. Los conciertos deberán establecerse con una duración temporal precisa que no excederá de cinco años. Finalizado dicho período, el Servicio Navarro de Salud podrá realizar un nuevo concierto.
2. El régimen de 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.
3. Los conciertos deberán ser objeto de revisión al final de cada ejercicio económico a fin de adecuar las condiciones económicas y las prestaciones asistenciales a las necesidades reales.

Artículo 80.

Son causas de extinción de los conciertos:

a) La resolución por incumplimiento de cualquier cláusula contenida en los mismos.
b) La conclusión o cumplimiento del concierto.
c) El mutuo acuerdo entre el Servicio Navarro de Salud y la Entidad o Institución concertada.
d) Prestar la atención sanitaria objeto del concierto, imputando su coste o parte del mismo al asistido.
e) Infringir la legislación fiscal, laboral o de Seguridad Social con carácter grave.
f) Conculcar cualquiera de los derechos reconocidos a los ciudadanos en el título primero de esta Ley Foral.
g) Incumplir las normas de acreditación vigentes en cada momento.
h) Aquellas que se establezcan expresamente en el concierto.

Artículo 81.

El sistema sanitario público de Navarra dispondrá de la colaboración tanto de gestión como de prestaciones de servicios por parte de las Entidades o Instituciones ajenos al mismo con sujeción a las siguientes previsiones.
Tendrán carácter de entidades colaboradoras de la gestión con las obligaciones y cometidos que la legislación general les encomienden:

a) Las Asociaciones patronales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
b) Las Empresas y Asociaciones empresariales autorizadas para la colaboración en la asistencia sanitaria.
c) Los regímenes del seguro escolar y deportivo.
d) Los seguros libres de accidentes de tráfico.
e) Los regímenes de asistencia sanitaria de los funcionarios públicos.

Las referidas Entidades colaboradoras podrán establecer conciertos con el Servicio Navarro de Salud para la prestación de servicios.

Artículo 82.

(Derogado)

CAPÍTULO II

De las subvenciones

Artículos 83 a 86.

(Derogados)

TÍTULO X

Docencia e investigación sanitaria

Artículo 87.

Toda la estructura sanitario-asistencial debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, posgraduada y continuada de los profesionales sanitarios.

Artículo 88.

La Administración sanitaria de la Comunidad Foral promoverá la revisión permanente de los enseñantes y profesionales en materia sanitaria para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades sanitarias de la población, la formación interdisciplinar en Ciencias de la Salud y la actualización permanente de conocimientos.

Artículo 89.

La Administración sanitaria de la Comunidad Foral fomentará las actividades de investigación sanitaria, tanto básica como aplicada.

Artículo 90.

La investigación sanitaria contribuirá a la promoción de la salud de la población de la Comunidad Foral. La investigación considerará especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y mecanismos que la determinan, las formas y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

Artículo 91.

La Fundación «Miguel Servet» servirá como Organismo de apoyo científico y técnico de la Administración sanitaria de la Comunidad Foral para las actividades docentes y el fomento de la investigación sanitaria.

La Administración sanitaria de la Comunidad Foral establecerá convenios con Universidades y otras Instituciones culturales y científicas, encaminadas a la potenciación de la investigación sanitaria y la optimización del aprovechamiento de la capacidad docente de las Instituciones.

Disposición adicional primera.

Seguirá siendo de aplicación al personal del Servicio Navarro de Salud la Ley Foral 8/1986, de 1 de julio.

Disposición adicional segunda.

Se añade un nuevo apartado al artículo 40 de la Ley Foral 13/1983, de 30 de marzo, reguladora del Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, con el siguiente texto:

5. (Nuevo apartado.)

a) Los funcionarios sanitarios de atención extrahospitalaria del Servicio Navarro de Salud percibirán un complemento de capitación que retribuirá la dedicación de este personal como consecuencia de la libertad de elección de facultativo.

b) La asignación de este complemento así como la determinación de la cuantía del mismo será fijada reglamentariamente mediante el sistema de coeficiente atendiendo al número de titulares del derecho a la asistencia sanitaria adscritos.

Disposición adicional tercera.

El Gobierno 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 cuarta.

1. La extensión de la asistencia sanitaria pública a que se refiere el artículo 3 de la presente Ley Foral se efectuará por el Servicio Navarro de Salud mediante la expedición progresiva de la Tarjeta Individual Sanitaria a todos los ciudadanos residentes en los municipios de Navarra, previa acreditación del derecho a las prestaciones sanitarias.

2. Hasta que las personas a que se refiere el punto anterior dispongan de Tarjeta Individual Sanitaria, corresponderá al Departamento de Salud, en colaboración con los Ayuntamientos, la elaboración de los Padrones de Asistencia Social a efectos de garantizarles la asistencia médico-farmacéutica y la financiación de la misma.

Disposición adicional quinta.

El Gobierno de Navarra podrá formalizar Convenios con la Comunidad Autónoma Vasca y con las demás Comunidades Autónomas limítrofes o, en su caso, con el INSALUD, para la prestación de servicios sanitario-asistenciales a determinados núcleos de población, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 26 y 70 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento Foral de Navarra. Con la misma finalidad podrá establecer conciertos con los servicios sanitarios del Departamento de los Pirineos Atlánticos, de conformidad con la normativa sobre Convenios transfronterizos.

Disposición adicional sexta.

Se declaran abiertos a todos los efectos los partidos cerrados a que se refieren los artículos 15, 17 y 18 de la Norma Reguladora de los Funcionarios Sanitarios Municipales de 16 de noviembre de 1981.

Disposición adicional séptima.

Las vacantes de atención primaria que se produzcan en las Zonas Básicas de Salud se proveerán por el Servicio Navarro de Salud por concurso de traslado entre el personal de la misma categoría y función, en las condiciones que se establezcan reglamentariamente. Las vacantes que resulten se cubrirán por aplicación de la normativa correspondiente.

Disposición adicional octava.

A los Médicos titulares de Navarra y a los Médicos de la Administración Foral al servicio de la Sanidad Local, que acrediten cinco años de servicio ejercido en tal función a 31 de diciembre de 1989, se les reconocerá a los efectos de baremo de concursos para optar a las vacantes de atención primaria del Servicio Navarro de Salud, la puntuación o el requisito equivalente al Título de Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

Disposición adicional novena.

La Administración de la Comunidad Foral vigilará especialmente aquellas actividades y técnicas que no se encuentren incluidas dentro del marco habitual de las prestaciones sanitarias y estén orientadas al diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud.

Disposición adicional décima.

El personal facultativo del nivel o grupo A de los Centros sanitarios del Servicio Navarro de Salud podrá ejercer, con la periodicidad que se establezca, la opción por la dedicación exclusiva al sistema público de salud en los términos que reglamentariamente se determinen.

Disposición adicional undécima.

Se añade un nuevo apartado a continuación del 3 bis al artículo 40 de la Ley Foral 13/1983, de 30 de marzo, reguladora del Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, con el siguiente texto:

3 ter (nuevo apartado. *)*

a) Los funcionarios del Servicio Navarro de Salud podrán percibir un complemento de productividad que retribuirá el especial rendimiento, el grado de cumplimiento de los objetivos señalados y, en general, todas aquellas actuaciones que vengan a demostrar un especial interés o iniciativa en el desempeño del trabajo.

b) La asignación de este complemento así como la determinación de la cuantía del mismo será fijada reglamentariamente cada año.

Disposición adicional duodécima. *Asunción de Servicios Sanitarios Municipales por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.*

1. El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea asume los siguientes servicios:

– El servicio terapéutico municipal del Ayuntamiento de Tafalla.

– El servicio municipal de ginecología, planificación familiar y atención a la mujer del Ayuntamiento de Berriozar.

– El servicio municipal de atención familiar y educación sexual del Ayuntamiento de Orkoien.

2. La asunción de estos servicios conlleva el traspaso de los medios personales que, exclusivamente, se detallan en el anexo.

3. Dichas personas se integrarán en la plantilla orgánica de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra con el mismo régimen jurídico que tenían en la entidad local.

Disposición transitoria primera.

Hasta el momento en que se produzca por el Gobierno de Navarra la implantación de las estructuras de atención primaria que en la actualidad no han sido establecidas, será de responsabilidad de los correspondientes Ayuntamientos o Juntas de Partido la gestión y, en su caso, dotación de las vacantes de los correspondientes partidos sanitarios conforme a la Norma de Funcionarios Sanitarios Municipales de 16 de noviembre de 1981. Las convocatorias de las plazas vacantes de titulares de partidos sanitarios que se produzcan serán previamente autorizadas por el Departamento de Salud.

Disposición transitoria segunda.

En tanto no se transfieran a la Comunidad Foral los servicios y funciones del INSALUD en Navarra, las actuaciones que se atribuyen al Servicio Navarro de Salud por esta Ley Foral en cuanto afecten a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizarán a través de la Comisión de Coordinación de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Foral creada en el Acuerdo de Colaboración suscrito entre el Gobierno de Navarra y la Administración del Estado el 8 de febrero de 1986.

Disposición transitoria tercera.

A los efectos de los artículos 61 y 78, apartado a), se considerarán provisionalmente acreditados los Centros y servicios concertados por las Administraciones Públicas a la entrada en vigor de esta Ley, hasta que se desarrollen las normas de acreditación específicas.

Disposición final primera.

En el momento de la entrada en vigor de esta Ley Foral quedará automáticamente extinguido el Organismo autónomo Servicio Regional de la Salud. El Servicio Navarro de

Salud se subrogará en todos los derechos y obligaciones del Servicio Regional de Salud, respecto a los servicios y funciones que se le adscriben en la presente Ley Foral.

Disposición final segunda.

Se autoriza al Gobierno de Navarra para dictar las disposiciones necesarias en ejecución y desarrollo de la presente Ley Foral.

Disposición final tercera.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan o contradigan lo dispuesto en la presente Ley Foral.

Disposición final cuarta.

Esta Ley Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Navarra».

§ 29

Ley 17/2008, de 23 de diciembre, de Política Agraria y Alimentaria. [Inclusión parcial]

Comunidad Autónoma del País Vasco
«BOPV» núm. 250, de 31 de diciembre de 2008
«BOE» núm. 242, de 7 de octubre de 2011
Última modificación: 15 de julio de 2022
Referencia: BOE-A-2011-15731

[. . .]

TÍTULO III

De la producción agraria

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 22. *Subsectores productivos.*

1. Las diputaciones forales, en colaboración con la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco, impulsarán y fomentarán el desarrollo de los subsectores agrarios con implantación en la Comunidad Autónoma del País Vasco o que potencialmente puedan implantarse, de acuerdo con los objetivos específicos y líneas de actuación que aquellas determinen, conforme a los objetivos generales marcados por la ley en el ámbito de la producción agraria.

2. Los objetivos, líneas de actuación y medidas específicas a impulsar y potenciar para un determinado subsector deberán enmarcarse dentro de programas subsectoriales específicos, los cuales fijarán expresamente el ámbito temporal de aplicación y el marco financiero de apoyo.

3. En cualquier caso, las administraciones agrarias vascas fomentarán la vertebración subsectorial como estrategia básica para la defensa de los intereses que les son propios.

Artículo 23. *Métodos de producción.*

1. Las administraciones agrarias vascas velarán por que la actividad agraria se desarrolle de forma viable y económicamente sostenible, según métodos de producción que preserven la sostenibilidad del suelo agrario y su entorno, la seguridad sanitaria de las producciones con fines alimentarios y el bienestar animal, y se adapte a las demandas del mercado.

2. Las administraciones agrarias vascas fomentarán la utilización de métodos productivos y la elaboración de productos destinados a la cadena alimentaria humana libres de transgénicos o que no utilicen dichos productos.

3. Las administraciones agrarias vascas velarán por el desarrollo de la producción artesanal. Reglamentariamente, la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco regulará dicha producción. La regulación contendrá, entre otros aspectos, el tipo de producciones amparadas, los requisitos higiénico-sanitarios, el distintivo de calidad que lo identifique, el sistema de gestión y control y la puesta en marcha del Registro de Productores Artesanales. En cualquier caso, la producción artesanal deberá respetar los principios de identificación, seguridad alimentaria y trazabilidad recogidos en el título IV de la presente ley.

4. Las administraciones agrarias vascas regularán y potenciarán con carácter prioritario los métodos de producción orientados a:

a) La obtención de alimentos de calidad.
b) La obtención de productos agrarios a través de la producción integrada.
c) La obtención de productos agrarios a través de la producción ecológica.
d) La producción forestal sostenible certificada.
e) El mantenimiento de especies y razas autóctonas.
f) El fomento de la diversidad de especies forestales.

5. La existencia de diferentes métodos de producción se regulará y controlará mediante la elaboración de la normativa pertinente y su aplicación, con el establecimiento de especificaciones técnicas que determinen la compatibilidad de esos diferentes métodos o cultivos.

6. Las administraciones agrarias vascas velarán por la defensa, promoción y fomento del material genético del País Vasco susceptible de utilización para la producción y elaboración de alimentos o para actividades o usos agrícolas y forestales. Para ello, entre otras acciones, pondrán en marcha los bancos de germoplasma precisos para la conservación de variedades o especies vegetales, agrícolas o forestales, especialmente las autóctonas, y gestionarán los libros genealógicos de las diferentes razas ganaderas con presencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Artículo 24. *Buenas prácticas higiénicas y agrarias.*

La Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco establecerá, en colaboración con las diputaciones forales, un conjunto de buenas prácticas higiénicas y agrarias con un nivel mínimo de exigencias para la Comunidad Autónoma, aplicable en cada territorio, que todos los agricultores y agricultoras deberán conocer previamente a la puesta en marcha de cualquier actividad agraria. Se elaborarán las respectivas guías, que serán actualizadas periódicamente si fuera preciso.

Artículo 25. *Identificación, seguridad alimentaria y trazabilidad.*

Los productores agrarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco estarán obligados a que toda producción que vaya a ser comercializada cumpla los principios de identificación, seguridad alimentaria y trazabilidad regulados en el título IV de la presente ley.

Artículo 26. *Energías renovables.*

Las administraciones vascas establecerán las condiciones jurídicas, socioeconómicas y administrativas necesarias para el fomento de acciones y medidas destinadas a desarrollar el potencial de las energías renovables, impulsando las siguientes actuaciones:

a) Los cultivos ambientalmente sostenibles para su aprovechamiento energético, así como la utilización energética de los residuos como práctica sostenible.

b) Las aplicaciones y el aprovechamiento de las energías renovables, con especial incidencia en los proyectos piloto que permitan disponer de las infraestructuras necesarias para el desarrollo de tales energías.

c) Las relaciones contractuales entre personas titulares de explotaciones e industrias ligadas a la producción de energías renovables.

Artículo 27. *Sociedad de la información.*

Las administraciones vascas establecerán las condiciones necesarias para que los agentes de la producción agraria y alimentaria se adapten a la sociedad de la información, poniendo a su servicio las nuevas tecnologías con la finalidad de lograr una mayor calidad de vida y equilibrio social.

CAPÍTULO II

Producción agrícola

Artículo 28. *De la producción agrícola.*

Las administraciones agrarias vascas establecerán los programas de fomento de la calidad, la producción integrada y la ecológica.

Artículo 29. *Abonos, semillas, y productos fitosanitarios.*

1. La actuación de las diputaciones forales, en colaboración con la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en materia de abonos estará dirigida al objetivo de que en la Comunidad Autónoma se den las condiciones necesarias para que puedan aplicarse las precisas exigencias técnicas sobre composición, definición, denominación, identificación y envasado que, simultáneamente y del mismo modo, deben aplicarse a todos los agentes de la cadena de valor, a fin de salvaguardar los intereses de los agricultores y agricultoras consumidores finales, el medio ambiente, en especial de las zonas vulnerables, la salud pública, la seguridad de los trabajadores y trabajadoras y la lealtad de las transacciones comerciales.

2. En lo referido a semillas y plantas de vivero, se fomentará el uso de materiales vegetales de multiplicación con calidad oficialmente controlada y certificada, en función de la normativa existente con el objetivo de mejorar la producción agrícola y la sanidad vegetal.

3. En lo referente a productos fitosanitarios, se promoverá el control y el uso racional de los mismos, garantizando la sostenibilidad de los ecosistemas agrícolas y forestales, asegurando su aplicación en condiciones correctas, y preservando la salud de los aplicadores y personas consumidoras.

Artículo 30. *Sanidad vegetal.*

1. La sanidad vegetal de los productos agrarios se articulará en la doble vertiente de prevención, para evitar la propagación de los organismos nocivos, y de lucha contra todo tipo de plagas y enfermedades que afectan tanto a las semillas como a los cultivos de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2. Los departamentos forales competentes en materia agraria crearán, en sus respectivos territorios históricos, la red de vigilancia fitosanitaria, con el objeto de integrar el conjunto de actuaciones orientadas a la recogida y análisis de la información disponible en temas fitosanitarios que posibilite la detección temprana y la evaluación de riesgos en el territorio autonómico de aquellas plagas o enfermedades y de otros agentes nocivos no parasitarios que puedan afectar a los vegetales, productos vegetales u otros agentes, permitiendo la adopción de medidas de control y toma de decisiones para su prevención, evitar su posible propagación y posibilitar su erradicación, cuando ésta sea factible, de acuerdo con la normativa sectorial aplicable.

3. El departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco competente en materia agraria articulará los mecanismos de coordinación necesarios en relación con el funcionamiento de la red.

Artículo 31. *Vigilancia y comunicación del estado fitosanitario.*

Las personas dedicadas a la agricultura, silvicultores, comerciantes, importadores, profesionales y, en general, las personas titulares de las explotaciones u otras superficies con cubierta vegetal, deberán ejercer sus actividades en el marco de la normativa sobre sanidad vegetal, y concretamente deberán:

a) Vigilar sus cultivos y facilitar toda clase de información sobre el estado fitosanitario de los mismos, cuando sea requerida por los órganos competentes.

b) Notificar a la administración competente toda aparición atípica de organismos nocivos o de síntomas de enfermedad para los vegetales y productos vegetales.

CAPÍTULO III

Producción ganadera

Sección I. Animales de producción

Artículo 32. *De la producción ganadera.*

1. Las administraciones agrarias vascas potenciarán los programas de fomento de la calidad, el bienestar animal, las buenas prácticas de higiene, así como de la ganadería extensiva, ecológica y el silvopastoreo, e incentivarán el mantenimiento de las explotaciones que utilicen estos sistemas con el objeto de reducir el impacto sobre el medio natural.

2. Se incentivarán los programas de mejora genética, con la finalidad de optimizar las producciones ganaderas, su calidad y su adaptación al territorio.

Artículo 33. *Identificación de los animales.*

1. Los animales deberán ser identificados en las condiciones impuestas por la normativa vigente. La obligación de identificación corresponde a las personas titulares de las explotaciones que contengan animales y en todo caso a sus propietarios y propietarias. Las administraciones competentes garantizarán la eficacia de los sistemas de identificación de los animales mediante la incorporación y el empleo de las técnicas y medios electrónicos e informáticos que permitan el seguimiento y la localización del ganado.

2. Los animales que no estén identificados serán inmovilizados por los servicios veterinarios oficiales. Tras la realización de los controles necesarios, y según el resultado de los mismos, se procederá a la identificación o se ordenará el sacrificio de los animales en el matadero o en la propia explotación, y, en su caso, la destrucción y eliminación de los cadáveres, cumpliendo la normativa vigente y siendo en todo caso la persona propietaria o poseedora del animal la responsable de los costes derivados, sin perjuicio de la correspondiente sanción administrativa a que haya lugar.

Artículo 34. *Movimiento de los animales.*

1. El traslado de los animales procedentes de una explotación con destino a otra explotación o a otra unidad productiva de la misma explotación, a matadero o mercado, se realizará en las condiciones sanitarias y con la documentación administrativo-sanitaria que en cada momento determine la normativa vigente.

2. El movimiento de animales sin observar la normativa vigente dará lugar a la retención de los mismos y, en su caso, aislamiento, y, una vez realizados los controles administrativos y sanitarios necesarios, serán reenviados a su lugar de origen o al matadero o sacrificados, cumpliendo la normativa vigente y siendo en todo caso el propietario o tenedor del animal el responsable de los costes derivados, sin perjuicio de la correspondiente sanción administrativa a que haya lugar.

Artículo 35. *Requisitos para el bienestar de los animales.*

1. Las personas titulares de las explotaciones y las personas propietarias o poseedoras de animales son las responsables de procurar a los mismos unas buenas condiciones higiénico-sanitarias y unas instalaciones adecuadas a sus necesidades fisiológicas y etológicas en función de su especie y raza. Igualmente, se deberán adoptar en todo momento las medidas necesarias para garantizar el bienestar de los animales cuando se desarrollen con ellos prácticas de experimentación o sacrificio.

2. Las instalaciones que alberguen animales deberán cumplir las distancias mínimas de seguridad sanitaria exigidas en cada caso y las condiciones técnicas que en cada momento se hallen en vigor, tales como necesidad de contar con áreas cercadas, existencia de

equipos y construcciones que faciliten una eficaz limpieza y desinfección, estercoleros y fosas de purines para almacén antes de su aprovechamiento posterior, disposición de un sistema de eliminación de animales muertos, u otras que afecten al bienestar animal.

Sección II. Alimentación animal

Artículo 36. *Productos para la alimentación animal.*

Se entenderá por productos destinados a la alimentación animal los piensos y forrajes propios y comprados, así como las premezclas, los aditivos, las materias primas y otras sustancias y productos empleados para tal fin. Todos los productos que se empleen o distribuyan para la alimentación animal en la Comunidad Autónoma del País Vasco deberán reunir las características de ser sanos y de calidad comercial.

Artículo 37. *Higiene y seguridad de los productos.*

1. La política en materia de seguridad de los productos deberá basarse en un planteamiento global e integrado que establezca las condiciones y mecanismos necesarios para garantizar la plena trazabilidad de los mismos, en los términos recogidos en el artículo 52 de la presente ley.

2. Los fabricantes de aditivos, premezclas, materias primas y otras sustancias y productos empleados para la alimentación animal, las personas físicas o jurídicas explotadoras de las empresas de piensos, y los ganaderos y ganaderas dentro de sus explotaciones, son los principales responsables de velar por la seguridad de los alimentos en todas las etapas del proceso, desde la producción hasta la comercialización, y de seguir y cumplir las buenas prácticas y los requisitos generales o específicos que establezca la normativa vigente.

3. Quedan excluidas del ámbito de aplicación de la presente ley, rigiéndose por su normativa específica, la fabricación, distribución y dispensación de medicamentos veterinarios, así como la preparación, puesta en el mercado y utilización de los piensos medicamentosos utilizados en producción y sanidad animal. Entre los departamentos competentes de la Administración de la Comunidad Autónoma en materia de agricultura y sanidad, y las diputaciones forales de los territorios históricos se establecerá la debida coordinación para la correcta aplicación de la citada normativa específica en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Artículo 38. *Registro y autorización.*

1. Para poder llevar a cabo sus actividades, los establecimientos del sector de la alimentación animal que elaboren o comercialicen aditivos, premezclas o piensos compuestos deberán estar inscritos en el registro correspondiente de la Comunidad Autónoma del País Vasco o disponer de la oportuna autorización con carácter previo al inicio de sus actividades.

2. Reglamentariamente se establecerán las condiciones o requisitos para la suspensión, renovación o modificación de las autorizaciones y registros así como para la actualización de las primeras. La administración competente elaborará un listado de establecimientos autorizados con un número de inscripción que garantice la identificación de cada uno.

Artículo 39. *Incumplimientos.*

1. Los servicios veterinarios oficiales procederán a la inmovilización de los productos, materias primas y otros componentes destinados a la alimentación animal en los siguientes casos:

a) Cuando los establecimientos en que se elaboren o comercialicen, así como las explotaciones ganaderas en las que se ubiquen, no se encuentren inscritos en los registros correspondientes estando obligados a ello.

b) Cuando se detecte incumplimiento de las condiciones del régimen de autorización y sea claro el riesgo inminente y grave para la salud humana o animal.

c) Cuando carezcan de identificación y etiquetado en las condiciones legalmente exigibles.

2. La inmovilización se levantará, respectivamente, cuando se produzcan las siguientes circunstancias:

a) Se proceda a la legalización del establecimiento o instalación.
b) Se adopten las medidas y actuaciones dirigidas al cumplimiento de las condiciones de la autorización.
c) Se proceda a la acreditación de la composición y condiciones de comercialización de los productos.

3. Transcurrido un mes desde la inmovilización sin que se hayan adoptado en cada caso las medidas fijadas en el párrafo anterior, se procederá a la destrucción o destino distinto a su incorporación a la cadena alimentaria humana.
4. Reglamentariamente se regularán los requisitos y condiciones de la inmovilización y su levantamiento por parte de los servicios veterinarios oficiales.

Sección III. Sanidad animal

Artículo 40. *Notificación de enfermedades y procesos patológicos.*

1. Las personas propietarias o responsables de los animales, comerciantes, importadores, exportadores, transportistas y los profesionales que ejerzan actividades relacionadas con la sanidad animal, sean personas físicas o jurídicas, deberán comunicar al órgano foral competente en sanidad animal todos los brotes espontáneos de que tengan conocimiento o sospecha de enfermedades de carácter epizoótico, o que por su especial virulencia, extrema gravedad o rápida difusión impliquen un potencial peligro de contagio para la población animal, doméstica o salvaje, o un riesgo cierto para la salud pública o para el medio ambiente. Las obligaciones descritas anteriormente se hacen extensivas a los casos de animales de compañía y de experimentación.
2. Es igualmente obligatoria la notificación de cualquier proceso patológico que, aun no reuniendo las características mencionadas, ocasione la sospecha de ser una enfermedad de las incluidas en las listas de enfermedades de animales sujetas a declaración obligatoria.
3. Las administraciones vascas suscribirán protocolos de alerta en materia de sanidad animal que garanticen la debida coordinación y la rápida intervención de los agentes implicados que aseguren la adopción de las medidas pertinentes para minimizar los riesgos que puedan derivarse de las alertas.

Artículo 41. *Declaración oficial de enfermedad.*

1. Corresponde a los órganos forales competentes la declaración oficial de enfermedad. Esta declaración irá precedida del diagnóstico definitivo de la enfermedad, que será efectuado por los servicios veterinarios oficiales sobre la base de exámenes clínicos, estudios epidemiológicos y técnicas de laboratorio.
2. En el proceso de diagnóstico se utilizarán laboratorios equipados con las técnicas adecuadas y las medidas de seguridad exigidas.
3. Los animales, las explotaciones y los productos ganaderos podrán ser sometidos, bajo control veterinario oficial, a inmovilización, aislamiento, cuarentena y sacrificio hasta que se entienda que dejan de ser un riesgo para la salud pública o para otros animales. Estas medidas podrán afectar a los animales enfermos, a los sospechosos e incluso a los que convivan con ellos. Todas estas actuaciones se desarrollarán de acuerdo con los protocolos aprobados por las diputaciones forales de conformidad con la legislación aplicable.
4. Las diputaciones forales establecerán los programas sanitarios y de erradicación de enfermedades de obligado cumplimiento cuando así lo estimen necesario para mantener el adecuado estado sanitario de las instalaciones y de los animales.

Artículo 42. *Residuos de origen animal.*

1. Las personas titulares de las explotaciones ganaderas, propietarias y poseedoras de animales muertos o de cualesquiera subproductos de origen animal generados en su

actividad ganadera están obligadas a su gestión higiénica, en las condiciones de manipulación y traslado fijados por la normativa vigente.

2. Los centros de recogida, almacenamiento, aprovechamiento, transformación o eliminación de cadáveres, decomisos, subproductos y otros residuos de origen animal deberán contar, con carácter previo a su entrada en funcionamiento, con la correspondiente autorización otorgada por la autoridad competente.

3. Los servicios veterinarios oficiales procederán a la paralización de la actividad e inmovilización de las materias primas transformadas de aquellos centros que estén en funcionamiento sin la debida autorización. El órgano competente dirigirá requerimiento a la persona titular del centro para que proceda a la legalización en el plazo de un mes. La concesión o no de la autorización conllevará el levantamiento de las medidas cautelares o el reprocesado o destrucción de los materiales inmovilizados, respectivamente.

4. Las administraciones agrarias vascas promoverán el desarrollo de las infraestructuras necesarias para el tratamiento de residuos de origen animal.

Artículo 43. *Estiércoles y purines.*

1. La responsabilidad del correcto almacenamiento y gestión de los estiércoles y purines generados en las explotaciones ganaderas corresponde a las personas titulares de las mismas conforme a la normativa vigente. Cuando la recogida, concentración y tratamiento de estiércoles y purines sea realizada por establecimientos distintos a las propias explotaciones deberá ser comunicada al órgano competente. Dicha comunicación deberá incluir la información de las explotaciones suministradoras, los vehículos utilizados, las redes de recogida y las medidas de bioseguridad adoptadas.

2. Desde las administraciones agrarias vascas se desarrollarán sistemas de reequilibrio entre zonas pecuarias y agrícolas de estiércoles y purines, así como infraestructuras para el tratamiento de los mismos.

Sección IV. Razas animales

Artículo 44. *Razas animales.*

1. Reglamentariamente se regulará el catálogo de razas animales autóctonas vascas y las entidades de fomento de las mismas. La inclusión de una raza en el catálogo de razas animales autóctonas supondrá la elaboración y aprobación de un programa de recuperación y conservación de los recursos genéticos, que incluirá al menos la determinación de los prototipos raciales de los individuos a proteger, el plan de protección del material genético y los estímulos para la expansión de la raza.

2. Reglamentariamente se regularán por la administración competente los libros genealógicos de las razas ganaderas con animales de producción registrados en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

CAPÍTULO IV

Producción forestal

Artículo 45. *De la producción forestal.*

1. La producción forestal estará orientada hacia la competitividad del sector para afrontar los retos de un mercado globalizado. Las administraciones agrarias vascas elaborarán los correspondientes inventarios de los recursos forestales, que afectarán a los terrenos tanto públicos como privados. Así mismo, promoverán actuaciones tendentes a la mejora de los productos derivados de la explotación de los bosques, y al fomento de la multifuncionalidad de los sistemas selvícolas mediante la apuesta por una gestión forestal sostenible y la certificación forestal.

2. Para la consecución de las finalidades establecidas en el párrafo anterior, las administraciones competentes priorizarán el uso de semillas y plantas de calidad oficialmente controlada, y los proyectos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación, y las técnicas selvícolas respetuosas con el medio ambiente.

3. Los proyectos de investigación, desarrollo e innovación tendrán la finalidad de seleccionar, mejorar y reproducir las especies presentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco, y optimizar su rentabilidad económica y el estudio de nuevas técnicas selvícolas para su aplicación.

4. Con el objetivo de trasladar a la sociedad vasca la importancia de los bosques, su gestión sostenible, sus productos y recursos naturales renovables, se pondrán en marcha, en colaboración con las asociaciones y los agentes sociales representativos del sector, programas de divulgación.

5. Las administraciones vascas del ámbito agrario planificarán los recursos del bosque, teniendo en cuenta tanto las tierras de propiedad pública como las de propiedad privada. Entre los objetivos de dicha planificación estará la recuperación de la biodiversidad de las especies del bosque de interés social, económico y medioambiental.

6. Con objeto de equilibrar la producción, además de las coníferas, se promoverán las especies frondosas de gran crecimiento, las técnicas del bosque respetuosas con el medio ambiente y los nuevos sistemas del bosque, para que con todas estas actuaciones se haga una apuesta por una gestión sostenible del bosque.

Artículo 46. *Sanidad forestal.*

1. Las administraciones agrarias vascas con competencias en materia forestal desarrollarán una política sanitaria forestal que se centre en los ejes de la prevención y de la actuación. Las actuaciones serán coordinadas con el fin de contrarrestar las plagas y otros problemas fitosanitarios de la forma más eficaz posible. En la línea de prevención se potenciarán los trabajos de investigación fitosanitaria tendentes a mejorar el estado sanitario de las masas forestales mediante la búsqueda de nuevas variedades más resistentes, mejora de los métodos de tratamientos preventivos y potenciación del uso de materiales forestales de reproducción de calidad contrastada oficialmente desde su origen mediante el establecimiento de categorías reglamentarias que aporten una mayor garantía sanitaria de cara al futuro.

2. Para la consecución de los fines citados se creará una mesa de sanidad forestal con participación de las administraciones agrarias vascas y del propio sector forestal representado a través de sus órganos de representación. Esta mesa determinará las líneas de actuación en la lucha contra plagas y enfermedades y fijará las líneas de investigación prioritarias a desarrollar en materia fitosanitaria.

Artículo 47. *Incendios.*

Las administraciones vascas deberán velar por la prevención de los incendios forestales, promoviendo, entre otras, las siguientes actuaciones:

a) El desarrollo de campañas de información y sensibilización dirigidas a la sociedad ante los riesgos de incendio, utilizando los programas y medios publicitarios que se consideren más adecuados.

b) La aplicación de tratamientos selvícolas adecuados y la eliminación y limpieza de material combustible y biomasa en los sistemas forestales.

c) Los sistemas de vigilancia de incendios.

d) La conservación en buen estado o el desarrollo de cortafuegos, vías de comunicación, caminos y pistas forestales para evitar la propagación de incendios.

e) El fomento del silvopastoreo.

Artículo 48. *Pistas forestales.*

Las diputaciones forales elaborarán y mantendrán actualizado un inventario de las principales pistas forestales existentes en su territorio histórico.

TÍTULO IV

De la transformación y comercialización agraria y alimentaria

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 49. *Apoyo e impulso al sector productor.*

1. Las administraciones vascas desarrollarán medidas de participación del sector productor en los procesos de transformación y comercialización agraria y alimentaria, como vía fundamental para que se beneficie del mayor valor añadido que se genera en los eslabones superiores de la cadena alimentaria promoviéndose, a tal fin, el cooperativismo agrario.
2. Las administraciones vascas priorizarán el desarrollo y la instalación de industrias agrarias y alimentarias cuya materia prima se produzca total o parcialmente en el ámbito productivo del sector agrario vasco.
3. Las administraciones vascas promoverán la transformación de productos agrarios en las explotaciones que los produzcan.

Artículo 50. *La identificación de los productos agrarios y alimentarios.*

1. Los productos agrarios y alimentarios deberán ofrecer a sus destinatarios, en todas sus fases, una información veraz, objetiva, completa y comprensible sobre las características esenciales de los mismos, con indicaciones para su correcto uso o consumo y advertencias sobre los riesgos previsibles que su utilización o consumo implique, de tal forma que los usuarios puedan realizar una elección consciente y racional entre los mismos y utilizarlos de una manera segura y satisfactoria.
2. De acuerdo con su naturaleza y con la legislación vigente, el etiquetado, la presentación y la publicidad de los productos envasados deberá ofrecer, como mínimo, la siguiente información:

a) La denominación comercial o usual en defecto de la anterior.
b) La identidad de la persona responsable y su domicilio, el origen del producto, y la naturaleza, composición y aditivos que, en su caso, lleven incorporados.
c) La cantidad y categoría de calidad si la tienen, con arreglo a las disposiciones reglamentarias aplicables.
d) El plazo recomendado para su correcto uso o consumo, las advertencias y riesgos previsibles y prohibiciones de uso establecidas reglamentariamente, y, en su caso, la fecha de producción.
e) El lote de fabricación y las instrucciones para la correcta conservación del producto.

3. Los productos agrarios y alimentarios que se comercialicen a granel deberán ir acompañados de un documento identificativo en el que, como mínimo, se recoja la información contenida en las letras b y c del apartado anterior.
4. Toda información que facultativamente se añada a la información mínima y obligatoria anteriormente señalada deberá cumplir necesariamente el principio de ser veraz, objetiva, completa y comprensible.
5. Se potenciará el uso del euskera en la identificación de los productos agrarios y alimentarios comercializados en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Para los productos identificados con distintivos de calidad y origen se estará a lo dispuesto en el artículo 58.5 de la presente ley.

Artículo 51. *El principio de seguridad en los productos agrarios y alimentarios.*

1. Las empresas agrarias y alimentarias ubicadas en la Comunidad Autónoma del País Vasco son responsables de la seguridad de los productos que producen y elaboran y deben velar por que los productos que manipulen y produzcan sean inocuos. En concreto, deberán cumplir, y verificar el cumplimiento, en todas las etapas de producción, transformación,

envasado y comercialización de sus productos, de los requisitos de la normativa correspondiente que afecten a sus actividades.

2. Las empresas agrarias y alimentarias deberán disponer de los sistemas de autocontrol que imponga en cada momento la normativa aplicable, con el fin de garantizar la inocuidad y salubridad de los productos que elaboran.

Artículo 52. *La trazabilidad de los productos agrarios y alimentarios.*

1. La trazabilidad de un producto agrario y alimentario supone la capacidad de seguir su proceso completo, a través de todas las etapas de producción, transformación, envasado y comercialización, lo que incluye el almacenamiento, el transporte, la venta y cualquier tipo de entrega a título oneroso o gratuito de dicho producto. Esta capacidad debe hacerse extensiva a los ingredientes, las materias primas, los aditivos y las sustancias destinadas a ser incorporadas en dichos productos o con probabilidad de serlo.

2. La trazabilidad constituye uno de los elementos que deben integrar los sistemas de autocontrol, que mediante procedimientos adecuados, comprensibles y comprobables, todas las empresas agrarias y alimentarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco están obligadas a establecer en todas las etapas de la cadena alimentaria. Los procedimientos de trazabilidad deben permitir conocer en cualquier momento, entre la información generada, la identidad de los proveedores y suministradores de productos y materias, y de las empresas a las cuales se haya suministrado productos.

3. Las empresas agrarias y alimentarias deben tener a disposición de los servicios oficiales de control toda la información relativa al propio sistema de trazabilidad, así como la información derivada o producida por el mismo.

Artículo 53. *La calidad de los productos agrarios y alimentarios.*

La Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco y las administraciones forales desarrollarán programas de incentivación de la mejora de la calidad de los productos agrarios y alimentarios producidos en su territorio, de forma que sean reconocidos por el mercado como poseedores de buenas cualidades fisicoquímicas, organolépticas y nutritivas, se incremente la obtención de productos con origen y calidad diferenciada y se aumente el patrimonio agrario y alimentario vasco.

CAPÍTULO II

La seguridad y el control de los productos agrarios y alimentarios

Artículo 54. *El control de los productos agrarios y alimentarios y el análisis del riesgo.*

1. La Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco adoptará medidas que garanticen la seguridad de los productos agrarios y alimentarios y la implantación de los sistemas de autocontrol en las empresas agrarias y alimentarias. Las personas titulares de las mismas deberán colaborar con las autoridades competentes en relación con las medidas adoptadas para evitar los riesgos que pudiera presentar cualquiera de sus productos.

2. El análisis del riesgo fundamenta la política de seguridad agraria y alimentaria de las administraciones de la Comunidad Autónoma con el fin de garantizar la inocuidad de los alimentos.

3. La aplicación del análisis del riesgo, y las medidas que para ello se adopten, se hará mediante la evaluación del riesgo, su gestión y la comunicación, y para ello se caracterizarán los riesgos, se desarrollarán las correspondientes medidas preventivas y se informará a todas las partes interesadas sobre las actuaciones realizadas.

Artículo 55. *La gestión de las crisis alimentarias.*

1. La Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco y los órganos forales competentes elaborarán protocolos de gestión de alertas y situaciones de crisis alimentarias.

2. Dichos protocolos tendrán por finalidad establecer sistemas de coordinación, comunicación e información eficaces con las autoridades y otros entes competentes implicados, así como establecer la colaboración en la retirada eficiente de un producto, evitar que entren en la cadena alimentaria productos con riesgo para la salud de consumidores o ganado de producción, o suministrar alimentos para la población o el ganado en situaciones graves de escasez de alimentos.

3. En cualquier caso, la gestión de las crisis alimentarias en lo relativo a las cuestiones relacionadas con la sanidad animal (inspecciones de fronteras interiores, clausura de explotaciones, inmovilización de reses,...) corresponderá a los órganos forales competentes en su ámbito territorial.

Artículo 56. *La autorización sanitaria.*

1. Todos los productores alimentarios, sea cual sea su modo de comercialización, deberán obtener el registro sanitario.

2. No obstante, los productores artesanales que comercialicen su producción, bien a través de venta directa o mediante intermediarios, en el radio máximo que determine la normativa sanitaria, podrán acceder a la exención de registro sanitario y comercializar sus productos en dicho ámbito geográfico bajo requisitos técnico-sanitarios específicos, siempre y cuando cuenten con la autorización sanitaria pertinente que garantice el cumplimiento de los principios generales de higiene y, en su caso, el respeto de los criterios microbiológicos propios del producto que fabriquen.

CAPÍTULO III

La calidad agraria y alimentaria

Artículo 57. *La gestión de la calidad.*

El departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma competente en materia de agricultura y las administraciones forales adoptarán medidas incentivadoras para la implantación de sistemas de gestión y mejora de la calidad en relación con las empresas agrarias y alimentarias.

Artículo 58. *Distintivos de calidad y origen.*

1. Un distintivo de calidad y origen es la figura que sirve para identificar un producto agrario o alimentario con características diferenciales, que cuenta con un reglamento o pliego de condiciones y que dispone de un sistema para su control. A efectos de esta ley, se considerarán distintivos de calidad y origen los siguientes:

a) Las denominaciones de origen protegidas e indicaciones geográficas protegidas.
b) La producción ecológica.
c) Las especialidades tradicionales garantizadas.
d) Las marcas de garantía y otros distintivos autorizados por el departamento de la Administración de la Comunidad Autónoma competente en materia agraria.
e) La producción artesanal.

2. La gestión de los distintivos de calidad y origen se realizará desde entidades públicas o privadas que velarán por el cumplimiento de los reglamentos de dichos distintivos, y donde estarán representados los sectores inscritos en los registros de los mismos.

3. El control de los distintivos de calidad y origen podrá ser realizado por entidades privadas o públicas. En todos los casos, éstas deberán cumplir la norma sobre requisitos generales de las entidades de certificación de productos UNE-EN-45011 o norma que la sustituya o complemente, y deberán presentar una comunicación previa, cuyo contenido se inscribirá en el Registro de Entidades de Control y de Certificación de Productos Agrarios y Alimentarios del País Vasco.

4. El departamento de la Administración de la Comunidad Autónoma competente en materia de agricultura velará por la correcta certificación de los productos agrarios y

alimentarios que cuentan con distintivos de calidad y origen, estableciendo la adecuada supervisión del funcionamiento regular de las entidades certificadoras.

5. Los datos obligatorios y las informaciones voluntarias adicionales que figuren en el etiquetaje de productos vascos con distintivos de calidad y origen, regulados en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, figurarán conforme a lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 41 de la Ley 6/2003, de 22 de diciembre, de Estatuto de las Personas Consumidoras y Usuarias.

CAPÍTULO IV

La transformación de productos agrarios y alimentarios

Artículo 59. *Derechos y obligaciones.*

1. Las personas físicas o jurídicas que ejerzan la actividad industrial en el ámbito agrario y alimentario tendrán derecho a ejercer su actividad en un marco empresarial competitivo y abierto que les permita alcanzar su propia estructura de negocio y responder a las necesidades del mercado.

2. Deberán cumplir los requisitos de buenas prácticas en la actividad industrial y empresarial, en su caso, así como la legislación vigente en materia de seguridad, trazabilidad y calidad alimentaria, comunicando a los órganos de la administración competente cualquier problema que pueda afectar a la inocuidad de los productos.

3. Deberán informar con veracidad y exactitud sobre los productos que elaboran, en el etiquetado, documentos de acompañamiento y publicidad. Junto con la administración o las asociaciones de consumidores podrán colaborar en campañas para un mayor conocimiento, en su caso, de las características organolépticas y nutritivas de los productos y mejorar los hábitos alimenticios de la población.

4. Toda industria agraria y alimentaria cuya razón social o alguna de sus instalaciones se ubique en la Comunidad Autónoma del País Vasco y cuya actividad se encuentre entre las comprendidas en el anexo de la presente ley, estará sometida a un régimen de declaración responsable, previsto en el artículo 71 bis de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con carácter preceptivo y previo a su puesta en funcionamiento. Los datos contenidos en la declaración responsable se incluirán en el Registro de Industrias Agrarias y Alimentarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco que se crea en el artículo 60 de la presente ley.

Artículo 60. *Registros.*

1. Se crea el Registro de Industrias Agrarias y Alimentarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que recogerá la información contenida en la declaración responsable, a la que se refiere el apartado 4 del artículo 59 de la presente ley, de toda industria agraria y alimentaria cuya razón social o alguna de sus instalaciones se ubique en la Comunidad Autónoma del País Vasco y cuya actividad se encuentre entre los sectores comprendidos en el anexo de la presente ley. En este registro se integrará el Registro de Embotelladores y Envasadores de Vinos y Bebidas Alcohólicas de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2. Este registro estará adscrito al departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma competente en materia agraria y alimentaria, y tendrá interconexión con el Registro General Sanitario de Alimentos. La organización y funcionamiento de este registro se determinará reglamentariamente.

Artículo 61. *Desarrollo de la industria agraria y alimentaria.*

1. El departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma competente en materia agraria y alimentaria prestará apoyo al desarrollo de la industria agraria y alimentaria, mediante el establecimiento de programas específicos de promoción económica que faciliten su eficiencia y modernización en las siguientes áreas:

a) Valorización de la producción agraria y desarrollo e instalación de industrias de transformación que traccionen del sector agrario vasco.

b) Diversificación e innovación tecnológica en los productos alimentarios.

c) Adaptación a las demandas de los consumidores e implantación de sistemas de gestión de la calidad.

d) Responsabilidad ambiental en los procesos industriales.

e) Integración de la industria con el desarrollo rural.

f) Mejoras en la estructura empresarial que posibiliten el crecimiento de la rentabilidad.

2. Las administraciones vascas priorizarán a las industrias agrarias y alimentarias formadas o participadas por agricultores y agricultoras y, en particular, a las cooperativas.

3. Para dar respuesta a las crecientes demandas de productos agrarios y alimentarios más complejos, diversificados y diferenciados se favorecerá el desarrollo de proyectos de cooperación entre empresas, y de éstas con los productores agrarios y alimentarios, o con centros tecnológicos o instituciones, en las áreas de investigación, producción, promoción y comercialización.

Artículo 62. *Asociaciones sectoriales.*

1. La Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco colaborará con las asociaciones sectoriales reconocidas de industrias agrarias y alimentarias en todos los aspectos de avance y modernización empresarial, de actuaciones de mercado y de investigación y desarrollo que acuerden llevar a cabo. También promoverá la creación de asociaciones en los sectores en que no existan.

2. La Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco potenciará las interprofesionales u otro tipo de organizaciones como instrumento de interlocución entre el sector productor y el transformador.

CAPÍTULO V

La promoción y comercialización de productos agrarios y alimentarios

Artículo 63. *Promoción de productos agrarios y alimentarios.*

1. El departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma competente en materia agraria y alimentaria apoyará y desarrollará actuaciones de información y promoción de los productos agrarios y alimentarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2. Así mismo, apoyará la presencia en el mercado de los productos agrarios y alimentarios de la Comunidad Autónoma, mediante acciones de promoción. Se atenderá prioritariamente la promoción de los distintivos de calidad y origen de la Comunidad Autónoma del País Vasco y sus producciones amparadas, así como los productos con mayor valor añadido para el productor.

Artículo 64. *Desarrollo de la comercialización agraria y alimentaria.*

1. El departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma competente en materia de agricultura fomentará y apoyará las iniciativas y proyectos sectoriales o empresariales de desarrollo de la comercialización de productos agrarios y alimentarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Se atenderán prioritariamente los proyectos de comercialización orientados a los siguientes fines:

a) El desarrollo de la comercialización de los distintivos de calidad y origen existentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco y sus producciones amparadas.

b) El fortalecimiento de la capacidad de negociación sectorial dentro de la cadena de valor, o que coadyuven a la vertebración de un sector agrario y alimentario de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

c) La promoción de modelos de producción propios, de los mercados internos y los circuitos cortos de comercialización.

d) La comercialización de productos agrarios y alimentarios en nuevos mercados emergentes, tanto dentro como fuera de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y la consolidación de los mercados existentes.

e) El desarrollo de programas orientados a la formación y asesoramiento en materia de comercio interior y exterior.

2. Se promoverá la creación o consolidación de agrupaciones empresariales u organizaciones interprofesionales, constituidas con la finalidad de incrementar y mejorar la comercialización de productos agrarios y alimentarios mediante la realización de esfuerzos comerciales en común, especialmente en caso de agrupaciones de empresas formadas por pequeñas y medianas empresas y las orientadas a los mercados exteriores.

Artículo 65. *Mercados y ferias locales tradicionales.*

1. Los productores y elaboradores que comercialicen productos agrarios y alimentarios en mercados y ferias locales tradicionales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, cuyo origen o el de su materia prima provenga de Euskadi, deberán estar claramente identificados dentro de los mismos e inscritos en el preceptivo censo de productores y elaboradores correspondiente al territorio histórico donde radique su razón social o domicilio.

2. En otros supuestos, los participantes deberán identificar y garantizar claramente el origen de sus producciones, cumpliendo los demás requisitos previstos en la normativa de la Comunidad Autónoma vasca.

3. Reglamentariamente se regularán por los órganos forales competentes los mercados y ferias locales a los que afectará el apartado 1 de este artículo, y elaborarán el censo de censo de productores y elaboradores a que hace referencia dicho apartado.

TÍTULO V

De la investigación, el desarrollo tecnológico, la innovación y la formación agraria y alimentaria

CAPÍTULO I

Programas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación agraria y alimentaria

Artículo 66. *Principios generales.*

1. El departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco competente en materia agraria y alimentaria atenderá principalmente en su actuación a los siguientes principios generales:

a) El fomento de proyectos de investigación que proporcionen y generen el conocimiento necesario para responder a la demanda sectorial.

b) El desarrollo tecnológico para situar al sector agrario y alimentario en una posición de liderazgo tecnológico e innovador.

c) El impulso de la innovación en el sector agrario y alimentario vasco.

d) La adecuación de los programas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación a la realidad sectorial para asegurar la transferencia del conocimiento y rentabilizar el esfuerzo y los recursos invertidos en la generación del mismo, obteniendo un mayor valor añadido.

2. Los programas podrán ser desarrollados mediante recursos propios o mediante la celebración de convenios de colaboración con los entes científico-tecnológicos de la Comunidad Autónoma del País Vasco o con análogos centros de distinto ámbito territorial.

3. El resultado de los programas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación agraria y alimentaria desarrollados mediante recursos propios de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco deberá ser puesto a disposición de la comunidad por parte de sus perceptores, en atención al fin público por el que fueron concebidos.

Artículo 67. *Foro de Innovación Agraria y Alimentaria.*

Se crea el Foro de Innovación Agraria y Alimentaria como órgano colegiado del departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco competente en materia agraria, para el asesoramiento e impulso de la innovación en los campos agrario y alimentario. En el mismo participarán, entre otros, representantes del citado departamento, de las diputaciones forales, del sector y de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Reglamentariamente se determinará su composición y funciones.

Artículo 68. *Planes sectoriales de investigación, desarrollo e innovación.*

Con la finalidad de alcanzar con éxito los principios planteados en este capítulo, el departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco competente en materia agraria y alimentaria elaborará, en colaboración con el Foro de Innovación Agraria y Alimentaria, los planes sectoriales de investigación, desarrollo e innovación, con el fin de gestionar y planificar adecuadamente las actividades en investigación, desarrollo tecnológico e innovación agraria y alimentaria, y de definir las líneas de actuaciones prioritarias y estratégicas para dar respuesta a las demandas del sector y a los objetivos de la presente ley.

Artículo 69. *Entes científico-tecnológicos de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*

El departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco competente en materia agraria y alimentaria impulsará a las instituciones docentes y entes científico-tecnológicos de Euskadi para que desarrollen actividades de investigación en el área agraria y alimentaria, y velará por mantener y mejorar el nivel científico-tecnológico de los mismos y por garantizar la respuesta a la demanda científico-tecnológica generada desde el sector.

CAPÍTULO II

Formación agraria y alimentaria

Artículo 70. *Principios generales.*

1.1 La formación agraria y alimentaria de carácter reglado le corresponderá al Departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco competente en materia de educación, y la formación agraria y alimentaria de carácter no reglado corresponderá al Departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco competente en materia agraria.

1.2 Todo el personal dependiente de los centros de formación agraria quedará adscrito al Departamento competente en materia de educación. El régimen y custodia de los centros docentes dedicados a la formación agraria y alimentaria corresponderá al Departamento competente en materia de educación, asegurando, en todo caso, y para ejercer su competencia de formación no reglada, el acceso a su uso por parte del Departamento competente en materia agraria.

2. Los programas irán dirigidos a la consecución de los fines y objetivos fijados en la presente ley y especialmente a la formación y cualificación de los profesionales actuales y futuros.

3. El desarrollo de dichos programas se llevará a cabo con la finalidad de:

a) Facilitar principalmente a los profesionales y las profesionales y al personal técnico del sector el acceso a la formación y al reciclaje permanente.

b) Tener en cuenta las distintas necesidades de adaptación derivadas de las demandas sociales y sectoriales y las procedentes de las nuevas tecnologías y los cambios normativos.

c) Priorizar las acciones destinadas a la implantación de nuevos promotores en el ámbito agrario y alimentario, principalmente a mujeres y personas jóvenes dedicadas a la agricultura.

d) Desarrollar fórmulas organizativas que permitan una mayor vertebración sectorial.

e) Considerar la actividad agraria y alimentaria desde una visión empresarial, acorde con el desarrollo sostenible del entorno rural.

f) Adoptar y divulgar a los profesionales y las profesionales del sector los resultados obtenidos en los proyectos de investigación, principalmente los promovidos por la Comunidad Autónoma del País Vasco.

g) Garantizar el derecho del alumnado a recibir formación en euskara.

h) Diseñar desde el enfoque de género la oferta formativa dirigida a profesionales del sector agrario y alimentario, promoviendo especialmente la elección de programas de formación y cualificación por parte de las mujeres y los hombres al margen de estereotipos sexistas.

4. Se crea una comisión mixta formada por representantes de los departamentos competentes en materia agraria, de educación y de empleo, con el objetivo de evaluar periódicamente los programas formativos existentes, impulsar la puesta en marcha de otras nuevas titulaciones de carácter universitario ligadas al ámbito agrario y alimentario, analizar y estructurar las titulaciones requeridas para el desempeño de determinadas actividades agrarias y alimentarias, para la obtención de carnés o títulos reguladores de la actividad agraria y alimentaria y para la obtención de las distintas ayudas por parte de los operadores. Esta comisión mixta concretará, también, para cada curso escolar, el régimen de utilización de las instalaciones por parte del departamento competente en materia de agricultura. Su composición y funciones se desarrollarán reglamentariamente.

Artículo 71. *Líneas de actuación en formación profesional agraria.*

Conforme a los principios generales fijados en el artículo anterior, el Departamento de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco competente en materia agraria, en colaboración con el departamento competente en materia de educación y las entidades encargadas de la gestión del servicio de formación agraria, llevará a cabo las líneas de actuación que se detallan a continuación. Asimismo, se crea una comisión de seguimiento formada por representantes de los departamentos indicados, el sector y el resto de administraciones implicadas. La composición y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente. Las líneas de actuación son:

a) Impulsar, fomentar y colaborar en la elaboración de programas de formación y actualización agraria que tengan en cuenta las diferentes necesidades de adaptación, especialmente las relativas a la práctica de una actividad sostenible, la mejora de la gestión técnica y económica de las explotaciones, las normas de identificación, seguridad alimentaria y trazabilidad, la transformación y comercialización de los productos agrarios y alimentarios, las nuevas tecnologías y el acceso a la información y comunicación. Asimismo, conjuntamente con estos aspectos, también se impulsarán los siguientes: uso responsable del agua, minimización de la contaminación, agricultura ecológica, diversificación forestal, circuitos cortos de comercialización y sistemas de alimentación locales.

b) Elaborar y desarrollar acciones formativas, destinadas a posibles promotores en el ámbito agrario y rural, dirigidas a la creación de empresas agrarias y alimentarias con el objetivo de analizar su viabilidad e implantación.

c) Desarrollar fórmulas organizativas y de gestión que permitan una mayor coordinación de los recursos de las administraciones competentes y, especialmente, celebrar convenios de colaboración con cualesquiera entidades o instituciones públicas y privadas, para el desarrollo de programas de formación.

[. . .]

TÍTULO IX

De la intervención administrativa en el sector agrario y alimentario

[. . .]

CAPÍTULO IV

Inspección y sanción

(Suprimido).

TÍTULO X

Inspección y régimen de infracciones y sanciones

CAPÍTULO I

Inspección

Artículo 101. *Control y verificación.*

1. Las acciones de control y verificación, en tanto no supongan actos administrativos, podrán ser llevadas a cabo por personas o entidades jurídicas privadas, previamente autorizadas por la administración competente y bajo la tutela de ésta. El objeto, el régimen, las facultades de quienes lleven a cabo tales tareas, la manera de ejecutarlas y el procedimiento de autorización se establecerán reglamentariamente.

2. Las administraciones públicas vascas establecerán planes de control de los productos agrarios y alimentarios producidos o comercializados en la Comunidad Autónoma del País Vasco, que respondan a los principios de coordinación de actuación y respuesta a los riesgos.

Artículo 102. *Inspección.*

1. Las administraciones públicas vascas llevarán a cabo las acciones de inspección necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley y para exigir responsabilidades derivadas de su infracción.

2. El personal facultado para llevar a cabo las actividades de inspección será el personal funcionario al servicio de las administraciones públicas vascas, que en el ejercicio de dichas funciones tiene la consideración de agentes de la autoridad. La administración competente facilitará al personal inspector aquellos medios de identificación que le acrediten debidamente para el desempeño de sus funciones.

3. El personal funcionario que desarrolle las actividades de inspección estará facultado, entre otras, para lo siguiente:

a) Acceder libremente, en presencia o no de algún interesado, sin previo aviso, a todo establecimiento, vehículo, industria o cualquier otro lugar ligado a la actividad, con la finalidad de comprobar el nivel de cumplimiento de lo dispuesto en la ley.

b) Indagar y examinar las condiciones técnicas o sanitarias de las empresas agrarias y alimentarias y sus producciones.

c) Solicitar información.

d) Tomar muestras.

e) Examinar documentación.

4. El personal inspector podrá adoptar, en el mismo momento de la realización de su labor de inspección, las medidas cautelares, preventivas o provisionales necesarias para evitar la continuidad o repetición de los hechos o el mantenimiento de los daños que, en su caso, se hubiese ocasionado para mitigarlos.

5. Las medidas cautelares adoptadas por los inspectores deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas, en un plazo no superior a cuatro días para productos perecederos y no superior a ocho días para el resto, por el órgano competente para incoar el correspondiente expediente sancionador. Las medidas quedarán sin efecto cuando en el acuerdo de incoación no se contenga ningún pronunciamiento expreso acerca de éstas.

6. En todo caso, las medidas adoptadas según lo que se dispone en el presente artículo podrán ser alzadas o modificadas de oficio, o a instancia de parte, durante la tramitación del procedimiento por providencia del instructor del expediente, extinguiéndose con la eficacia de la resolución administrativa que ponga fin al procedimiento correspondiente.

7. En el acto de incoación del procedimiento sancionador, el órgano titular de la potestad sancionadora deberá determinar motivadamente el mantenimiento, la revocación o la modificación de estas medidas, que quedarán extinguidas en el plazo de ocho días desde la imposición de las mismas sin que se haya incoado el oportuno expediente.

Artículo 103. *Acta de inspección.*

1. El personal inspector levantará acta de su inspección, en la que harán constar, como mínimo, la siguiente información:

a) Fecha en la que se extiende el acta.
b) Datos relativos a la explotación o industria agraria y alimentaria.
c) Persona ante quien se realiza, en su caso, la inspección.
d) Actuaciones investigadoras realizadas con carácter previo a levantar el acta.
e) Todos los hechos relativos a la inspección, con especial incidencia en aquellos que puedan tener relevancia en un eventual procedimiento sancionador.
f) En su caso, medidas adoptadas, causa y finalidad concreta de las mismas.

En el momento de su levantamiento, el acta deberá ser firmada por el personal inspector y por la persona, en su caso, en cuya presencia se realice. En el caso de negativa se hará constar esta circunstancia.
2. El acta de inspección formalizada con arreglo a la ley hace prueba, salvo que se acredite lo contrario, de los hechos que motiven su formalización y resulten de su constancia personal para los actuarios. Este acta será remitida a la administración competente para el inicio del procedimiento sancionador o adopción de las medidas que correspondan.
3. Las personas físicas o jurídicas a las que se practique una inspección están obligadas a consentir y colaborar en la realización de la inspección, y en particular a lo siguiente:

a) Suministrar toda la información relativa a instalaciones, productos, documentación y en general cualquier dato solicitado por los inspectores.
b) Facilitar la obtención de copias de documentación.
c) Permitir la toma de muestras en las cantidades que sean necesarias.

CAPÍTULO II

Régimen de infracciones y sanciones

Artículo 104. *Infracciones y sanciones en materia de suelo agrario.*

1. La infracción por infrautilización o por mal uso del suelo agrario, contemplada en el artículo 20.3 de esta ley, tendrá una sanción para el titular de la explotación donde se ubique el suelo agrario motivo de la infracción, que será el resultado del producto de un importe por hectárea por el número de hectáreas declaradas como tales.
2. El importe por hectárea que recoja la sanción será, con carácter general, el doble del valor de dicha hectárea como suelo agrario. Dicho importe no podrá ser inferior a 10.000 euros ni superior a 120.000 euros.
3. El órgano titular de la potestad sancionadora será el órgano responsable de la declaración de suelo agrario infrautilizado que se determine en el desarrollo reglamentario previsto en el artículo 20 de esta ley.

> Téngase en cuenta que el Consejo de Gobierno podrá actualizar la cuantía de las sanciones mediante disposición publicada únicamente en el "Boletín Oficial del País Vasco", según se establece en la disposición adicional 1 de la presente norma.

Artículo 105. *Infracciones y sanciones en materia agraria.*

1. Las infracciones derivadas de los incumplimientos de las obligaciones del titular de la explotación previstas en el artículo 9 de esta ley serán sancionadas por el órgano

competente en materia agraria de las administraciones forales en el ámbito de su territorio histórico con un mínimo de 1.000 euros y un máximo de 6.000 euros por cada infracción, siendo acumulables las cuantías derivadas por cada infracción. En la graduación del importe de la sanción se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

a) La existencia de intencionalidad o de simple negligencia.
b) La reiteración, entendida como la concurrencia de varias infracciones que se sancionen en el mismo procedimiento.
c) La naturaleza de los perjuicios causados.
d) La subsanación de la infracción antes de que se resuelva el correspondiente expediente sancionador.

2. El resto de infracciones en materia agraria serán sancionadas conforme a lo dispuesto en las leyes estatales 43/2002, de 20 de noviembre, de sanidad vegetal; 8/2003, de 24 de abril, de sanidad animal, y 30/2006, de 26 de julio, de semillas y plantas de vivero; y en la normativa autonómica de la Ley 6/1993, de 29 de octubre, de protección de los animales; la Ley 3/1998, de 27 de febrero, de protección del medio ambiente, y el Decreto 81/2006, de 11 de abril, de núcleos zoológicos, o aquellas que las sustituyan.

Téngase en cuenta que el Consejo de Gobierno podrá actualizar la cuantía de las sanciones mediante disposición publicada únicamente en el "Boletín Oficial del País Vasco", según se establece en la disposición adicional 1 de la presente norma.

Artículo 106. *Infracciones en materia alimentaria.*

1. Constituyen infracciones administrativas en materia alimentaria y de control alimentario cualquier acción u omisión tipificada en la presente ley o en otras leyes que resulten de aplicación en materia de defensa de la calidad de la producción agroalimentaria. El régimen de infracciones y sanciones regulado por la presente ley es de aplicación también en materia de calidad y conformidad de la producción y comercialización en los productos para la alimentación animal y fertilizantes. El vino y los productos derivados de la uva y del vino están excluidos, siéndoles de aplicación lo contenido en la normativa comunitaria, estatal y autonómica específica.
2. Las infracciones en materia alimentaria se clasifican en leves, graves y muy graves.

Artículo 106 bis. *Infracciones leves en materia alimentaria.*

1. En materia de registros, documentación preceptiva y trazabilidad.

a) El ejercicio de actividades relacionadas con cualquiera de las etapas de la producción, transformación o comercialización de productos agroalimentarios, o de materias y elementos para la producción y comercialización agroalimentaria, sin que conste la correspondiente notificación de actividad a los registros establecidos en la presente ley, en la forma y plazo reglamentariamente establecido, cuando no constase requerimiento del órgano competente.
b) Efectuar modificaciones en los casos de ampliaciones, reducciones o traslados, así como los cambios de titularidad, cambios de domicilio social o cesar en la actividad, sin comunicar o solicitar la correspondiente modificación registral, en todos y cada uno de los registros en los que estuviera dado de alta.
c) No tener a disposición, sin causa justificada, la documentación de registros, partes de existencia y de movimientos, documentos comerciales o cuantos documentos obliguen a llevar las disposiciones vigentes, cuando fuera requerida para su control en actos de inspección.
d) No conservar registros, documentos comerciales y demás documentación justificativa de la trazabilidad durante el tiempo establecido reglamentariamente, cuando no constase requerimiento del órgano competente.
e) La falta de actualización de la documentación de registros de trazabilidad, partes de existencia y de movimientos, documentos comerciales o cuantos documentos sean

preceptivos para el seguimiento de la trazabilidad de un producto agrario y alimentario, si no ha transcurrido más de un mes desde la fecha en que hubo de realizarse.

f) Las inexactitudes, errores u omisiones de datos o informaciones en documentos comerciales, declaraciones y registros del sistema de trazabilidad, cuando la diferencia entre la cantidad consignada y la correcta no rebase los márgenes de error establecidos por la normativa específica de aplicación, o, en su defecto, cuando la diferencia entre las mismas no sea superior al quince por cien. Este porcentaje se reducirá al cinco por cien, en defecto de legislación específica aplicable, para el caso de declaraciones o registros relativos a productos con alguna denominación geográfica u otros distintivos de calidad y origen.

g) No presentar dentro de los plazos previstos las declaraciones establecidas en la normativa alimentaria, o su presentación defectuosa, cuando las inexactitudes, errores u omisiones no afecten a la naturaleza, identidad, calidad, características, composición, procedencia u origen de los productos.

h) No tener identificados los depósitos, silos, contenedores y cualquier clase de envase de productos a granel, o su no identificación de forma que garantice su trazabilidad; y, en su caso, no indicar el volumen nominal, así como su contenido, cuando así lo determine la normativa específica de aplicación.

i) No disponer de un sistema de registro y tratamiento de las reclamaciones y de retirada de productos no conformes, en el caso de que la normativa lo prevea en función de la actividad.

2. En materia de etiquetado.

a) Las inexactitudes, errores u omisiones de datos o informaciones en el etiquetado, rotulación, presentación y embalaje de los productos alimentarios, o de las materias y elementos para la producción y comercialización alimentaria, cuando estas inexactitudes, errores u omisiones no afecten a la naturaleza, identidad, calidad, características, procedencia u origen de los mismos.

b) La presentación a las personas destinatarias o usuarias de productos agrarios y alimentarios sin acompañamiento de una información veraz, objetiva, completa y comprensible, cuando la información afecte a la información facultativa que voluntariamente se añada a la establecida como obligatoria en la normativa general de etiquetado.

c) La presentación de los productos agrarios y alimentarios que, aun cumpliendo lo anterior, no ofrezca indicaciones para su correcto uso o consumo, cuando las mismas sean de necesario seguimiento para esos fines.

d) La discrepancia entre las características reales del producto alimentario o de la materia o elemento para la producción y comercialización alimentaria, y las ofrecidas, cuando se refieran a parámetros o elementos cuyo contenido estuviera limitado por la reglamentación de aplicación, sin superar la tolerancia contenida en la misma, y la que no afecte a la propia naturaleza, identidad, definición reglamentaria, calidad, designación o denominación del producto.

3. En materia de inspección.

a) El incumplimiento de las medidas cautelares, siempre que tengan relación con infracciones tipificados como leves en esta ley.

b) El suministro incompleto de información o documentación necesaria para las funciones de inspección y control administrativo, incluida la falta de legibilidad o comprensibilidad de la información que imposibilite la labor de inspección.

4. En general, el incumplimiento de las instrucciones que sobre su actividad emanen de las administraciones competentes en materia de defensa de la calidad de la producción alimentaria, así como de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en las normas relacionadas con la producción y comercialización alimentarias, incluido el transporte, siempre que se trate de infracciones meramente formales no tipificadas como graves o muy graves.

Artículo 106 ter. *Infracciones graves en materia alimentaria.*

1. En materia de registros, documentación preceptiva y trazabilidad.

a) El ejercicio de actividades relacionadas con cualquiera de las etapas de producción, transformación o comercialización de productos agroalimentarios, o de materias y elementos para la producción y comercialización agroalimentaria, sin que conste notificación de actividad a los registros establecidos en la presente ley.

b) La falta de notificación a los registros establecidos en esta ley de las ampliaciones y reducciones, traslado, cambio de titularidad o de domicilio, o cese de actividad, habiendo eludido el requerimiento previo de regularización.

c) El ejercicio de actividades relacionadas con cualquiera de las etapas de producción, transformación, almacenamiento, transporte o distribución en alimentación animal, sin que conste notificación de actividad a la autoridad competente de la que dependan para su inscripción en el Registro de Operadores de Alimentación Animal.

d) La falta de actualización de la documentación de registros de trazabilidad, partes de existencia y de movimientos, documentos comerciales o cuantos documentos sean preceptivos para el seguimiento de la trazabilidad de un producto agrario y alimentario, si ha transcurrido más de un mes desde la fecha en que hubo de realizarse, o cuando, no habiendo transcurrido dicho periodo de tiempo, la producción y las existencias no puedan justificarse mediante otra documentación.

e) No conservar registros, documentos comerciales y demás documentación justificativa de la trazabilidad durante el tiempo establecido reglamentariamente, si constase requerimiento previo de la Administración.

f) Las inexactitudes, errores u omisiones de datos o informaciones en los documentos comerciales, declaraciones y registros del sistema de trazabilidad, cuando la diferencia entre la cantidad consignada y la correcta rebase los márgenes de error establecidos por la normativa específica de aplicación, o, en su defecto, cuando la diferencia entre las mismas sea superior al quince por cien, o cinco por cien, en defecto de legislación específica aplicable, para el caso de declaraciones o registros relativos a productos con alguna denominación geográfica u otros distintivos de calidad y origen.

g) La modificación de la verdadera identidad de los productos alimentarios, o de las materias y elementos para la producción y comercialización alimentaria, mediante la falsificación de los datos o documentos que sirvieran para identificarlos.

h) La falta de presentación, o la presentación defectuosa, de declaraciones establecidas en la normativa alimentaria, cuando las inexactitudes, errores u omisiones en estas declaraciones afecten a la naturaleza, calidad, características, composición, procedencia u origen de los productos consignados.

2. En materia de etiquetado.

a) La comercialización de productos agroalimentarios, o de materias y elementos para la producción y comercialización agroalimentaria, sin el etiquetado, rotulación, presentación, embalajes, envases o recipientes que sean preceptivos, o bien cuya información induzca a engaño a sus receptores o destinatarios.

b) Las inexactitudes, errores u omisiones de datos en el etiquetado, rotulación, presentación y embalaje de los productos alimentarios, o de las materias y elementos para la producción y comercialización alimentaria, cuando estas inexactitudes, errores u omisiones afecten a la naturaleza, identidad, calidad, características, procedencia u origen de los mismos.

c) La presentación a las personas destinatarias o usuarias de productos agrarios y alimentarios sin acompañamiento de una información veraz, objetiva, completa y comprensible sobre las características esenciales de los mismos, cuando afecte a la información del etiquetado obligatorio general.

d) La utilización en el etiquetado, envases, embalajes, presentación, oferta y publicidad de los productos agroalimentarios, o de las materias y elementos para la producción y comercialización alimentaria, de razones sociales, nombres o denominaciones comerciales, expresiones, signos, marcas, símbolos, emblemas, denominaciones, designaciones, calificaciones, clases de producto, indicaciones de origen o procedencia e indicaciones sobre el sistema de producción o elaboración que:

1. No correspondan al producto o que, por su similitud fonética, gráfica u ortográfica, puedan inducir a confusión, aunque vayan precedidos por los términos ‘‘tipo’’, ‘‘estilo’’, ‘‘género’’, ‘‘imitación’’, ‘‘sucedáneo’’ u otros análogos.

2. No correspondan a la verdadera identidad del operador.

3. No correspondan al verdadero lugar de producción, fabricación, elaboración, envasado, comercialización o distribución.

4. No puedan ser verificados.

e) Las defraudaciones en las características de los productos alimentarios, o de las materias y elementos para la producción y comercialización alimentaria. En cualquier caso, se deberán tener en cuenta las tolerancias legales admitidas en cuanto a los resultados analíticos obtenidos.

3. En materia de inspección.

a) La manipulación, traslado o disposición en cualquier forma, sin contar con la autorización del órgano competente, de mercancías intervenidas cautelarmente, siempre que no se manipulen los precintos y las mercancías no hayan salido de las instalaciones donde fueron intervenidas.

b) La negativa o resistencia a suministrar los datos o la información requerida por los órganos competentes o sus agentes en orden al cumplimiento de las funciones de información, vigilancia, investigación, inspección, tramitación y ejecución en las materias a que se refiere la presente ley, siempre que la negativa o resistencia no tengan causa justificada.

c) Suministrar información inexacta o documentación falsa.

d) No permitir el acceso a los locales, instalaciones o medios de transporte.

e) No permitir que se tomen muestras o realicen otro tipo de controles sobre los productos.

f) No justificar las verificaciones o controles efectuados sobre los productos puestos en circulación.

g) No proporcionar en el momento de la inspección la documentación, datos e informaciones que el personal de la Administración pública que realiza funciones inspectoras necesite para llevar a cabo sus funciones de investigación, y no permitir su comprobación.

h) No proporcionar en el plazo dado por la inspección las informaciones y documentación que se requieran.

i) La expedición, por parte de los órganos de control y certificación de las distintas figuras de protección de la calidad o de etiquetados con indicaciones facultativas, de certificados o informes cuyo contenido no se ajuste a la realidad de los hechos.

j) La realización de ensayos, pruebas o inspecciones de forma incompleta o con resultados inexactos, por una insuficiente constatación de los hechos o la deficiente aplicación de normas técnicas.

k) El incumplimiento de las medidas cautelares, siempre que tengan relación con las infracciones tipificados como graves en esta ley.

4. Otras infracciones graves.

a) El ejercicio de actividades relacionadas con cualquiera de las etapas de la producción, transformación y comercialización de productos agroalimentarios, o de materias y elementos para la producción y comercialización agroalimentaria, sin autorización, siendo ésta preceptiva, o cuando las actividades no estén contempladas en la mencionada autorización o la misma haya sido cancelada, siempre que no exista riesgo para las personas, animales o medio ambiente.

b) La posesión de maquinaria o instalaciones cuya presencia o empleo estuviera prohibida en las dependencias de los operadores para el ejercicio de actividades relacionadas con las distintas etapas de producción, transformación o comercialización agroalimentaria.

c) La tenencia o venta de productos a granel sin estar autorizado para ello, así como de sustancias no autorizadas por la legislación específica de aplicación o de las que se carece de autorización para su posesión o venta.

d) El depósito de productos no identificados en cualquier instalación o medio de transporte.

e) La no implantación de sistemas de autocontrol que imponga en cada momento la normativa aplicable, con el fin de garantizar la inocuidad y salubridad de los productos que elaboran.

f) La elaboración de medios de producción, o de productos agrarios y alimentarios, mediante tratamientos o procesos que impliquen la adición o sustracción de sustancias o elementos que modifiquen su composición con fines fraudulentos.

g) El incumplimiento, en cualquiera de las fases de producción, transformación y distribución de productos agroalimentarios, o de materias y elementos para la producción y comercialización agroalimentaria, de las normas de seguridad alimentaria que afectan a su actividad y que determine que estos no sean inocuos.

h) La aplicación de tratamientos, prácticas, procesos o sustancias que, a pesar de estar autorizados por la normativa vigente, se utilizan de manera diferente a la establecida, afectando a la composición, definición, identidad, naturaleza o calidad de los productos agroalimentarios o de las materias y elementos para la producción y comercialización agroalimentarias.

i) La reincidencia.

j) La inobservancia a las advertencias de subsanación de defectos, constatadas en el acta de inspección agroalimentaria y para cuya regularización se hubiese señalado plazo por la inspección o por el órgano competente en materia de control de la Administración.

5. En general, toda actuación que con propósito de fraude o ánimo de lucro tienda a eludir la efectividad de las leyes en materia de defensa de la calidad de la producción agroalimentaria, así como de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en las leyes relacionadas con la producción y comercialización agroalimentaria, incluido el transporte.

Artículo 106 quáter. *Infracciones muy graves en materia alimentaria.*

1. En materia de documentación preceptiva y trazabilidad.

La imposibilidad de seguimiento de la trazabilidad de los productos agroalimentarios a través de todas las etapas de la producción, transformación, envasado y comercialización, incluyendo el transporte, venta y cualquier tipo de entrega a título oneroso o gratuito y comprendiendo los ingredientes, las materias primas, los aditivos y las sustancias derivadas destinadas a ser incorporadas en dichos productos, por la ausencia total de registros, documentos de acompañamiento, facturas u otros documentos o datos, como la identidad de las personas suministradoras y receptoras de los productos, así como de informaciones relativas a esos productos, su identificación, naturaleza, origen, características cualitativas y condiciones de producción y distribución.

2. En materia de etiquetado.

a) La utilización, sin derecho a ello, de indicaciones, nombres comerciales, marcas, símbolos o emblemas que hagan referencia a los nombres protegidos por una denominación geográfica u otras figuras de protección y distintivos de la calidad alimentaria; o que, por su similitud fonética o gráfica con los nombres protegidos o los signos o emblemas característicos, puedan inducir a confusión sobre la naturaleza, calidad u origen de los productos, aunque vayan acompañados de los términos ‘‘tipo’’, ‘‘estilo’’, ‘‘género’’, ‘‘imitación’’, ‘‘sucedáneo’’ u otros análogos.

b) La indebida tenencia, negociación o utilización de documentos, precintas, etiquetas u otros elementos de identificación propios de las denominaciones geográficas u otras figuras de protección y distintivos de la calidad alimentaria, así como la falsificación de los mismos, siempre que no sea constitutivo de delito o falta.

c) La falsificación de productos o la venta de productos falsificados, siempre que no sean constitutivas de infracción penal.

3. En materia de inspección.

a) La manipulación, traslado o disposición, sin autorización, de mercancías intervenidas cautelarmente, si se violan los precintos o si las mercancías salen de las instalaciones donde fueron intervenidas.

b) La negativa a la actuación de los servicios de inspección.

c) Las coacciones, amenazas, injurias, represalias y agresiones ejercidas sobre el personal encargado de la inspección y control, así como sobre los instructores de los expedientes sancionadores, siempre que no sean constitutivas de infracción penal.

d) La expedición, por parte de los organismos de inspección y control o de certificación, de informes o certificados cuyo contenido no se ajuste a la realidad de los hechos.

e) La realización de ensayos, pruebas o inspecciones de forma incompleta o con resultados inexactos, por una insuficiente constatación de los hechos o por la deficiente aplicación de las normas técnicas, cuando de la misma resulte un daño muy grave o se derive un peligro muy grave e inminente para las personas, animales o el medio ambiente.

4. Otras infracciones muy graves:

a) Las infracciones que supongan la extensión de la alteración, adulteración, falsificación o fraude a realizar por terceros, a quienes se facilita la sustancia, medios o procedimientos para realizarlos, encubrirlos o enmascararlos.

b) Las infracciones que, en todo o en parte, sean concurrentes con infracciones graves a la normativa sanitaria o que hayan servido para facilitar o encubrir las mismas.

c) La elaboración, trasformación o comercialización de productos agroalimentarios mediante prácticas, tratamientos o procesos que impliquen riesgo para las personas, animales y medio ambiente.

d) La tenencia de máquinas, instalaciones o productos no autorizados para la elaboración de productos alimentarios en locales de las industrias elaboradoras o envasadoras, cuando entrañen riesgo para las personas, animales y medio ambiente.

e) El ejercicio de actividades relacionadas con cualquiera de las etapas de la producción, transformación y comercialización de productos agroalimentarios, o de materias y elementos para la producción y comercialización agroalimentaria, sin estar autorizado, cuando esta autorización sea preceptiva, o cuando las actividades no estén contempladas en la mencionada autorización o la misma haya sido cancelada, cuando implican riesgo para las personas, animales o medio ambiente.

Artículo 107. *Sanciones en materia alimentaria.*

1. Las infracciones muy graves serán sancionadas con multa comprendida entre 30.001 y 300.000 euros, las infracciones graves con multa comprendida entre 2.001 y 30.000 euros, y las leves con apercibimiento y multa de hasta 2.000 euros.

2. La imposición de las sanciones pecuniarias debe efectuarse de forma que la comisión de las infracciones no resulte más beneficiosa para los infractores que el cumplimiento de las normas infringidas, siempre de acuerdo con el principio de proporcionalidad y con la debida adecuación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción a imponer.

3. En el supuesto de comisión de infracción grave o muy grave, el órgano competente podrá además imponer como sanción accesoria alguna de las siguientes:

a) Medidas de corrección, seguridad o control que impidan la continuidad en la producción del daño.

b) Decomiso de mercancías, productos, envases, etiquetas y demás objetos relacionados con la infracción, o cuando se trate de productos no identificados.

c) Clausura temporal de la empresa agraria y alimentaria por un período máximo de un año en caso de infracción grave, y de cuatro años, o la clausura definitiva, en caso de infracción muy grave.

d) En los supuestos de infracciones calificadas como graves o muy graves, cometidas por personas inscritas en los registros pertenecientes a los distintivos de calidad y origen contemplados en el artículo 58 de esta ley, podrá acordarse, como sanción accesoria, la suspensión temporal del derecho de uso de la denominación o marca, o su baja definitiva de los registros. La suspensión temporal del derecho de uso de la denominación o marca supone la suspensión del derecho a utilizar etiquetas y otros documentos de la denominación. La baja definitiva en los registros implica la exclusión de los infractores y, como consecuencia, la pérdida de sus derechos inherentes a la denominación o marca, así como otros distintivos que se puedan aprobar.

4. El órgano titular de la potestad sancionadora será el órgano competente en el control e inspección para cada materia tipificada como objeto de infracción conforme a la legislación vigente.

Téngase en cuenta que el Consejo de Gobierno podrá actualizar la cuantía de las sanciones mediante disposición publicada únicamente en el "Boletín Oficial del País Vasco", según se establece en la disposición adicional 1 de la presente norma.

Artículo 108. *Graduación de las sanciones en materia alimentaria.*

Para la determinación concreta de la sanción a imponer entre las asignadas a cada tipo de infracción se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

a) La existencia de intencionalidad o de simple negligencia.
b) La reiteración, entendida como la concurrencia de varias irregularidades o infracciones que se sancionen en el mismo procedimiento.
c) La naturaleza de los perjuicios causados, en particular el efecto nocivo que la infracción haya podido producir sobre la salud o los intereses económicos de los consumidores, o a los intereses de las industrias agrarias y alimentarias.
d) La reincidencia en faltas graves y muy graves, que se dará por la comisión en el término de tres años de una infracción de la misma naturaleza, siempre y cuando se haya declarado por resolución firme y los hechos hayan tenido lugar o hayan sido detectados con posterioridad a la firmeza de la resolución.
e) El volumen de ventas o producción, así como la importancia de la empresa infractora.
f) El reconocimiento o subsanación de la infracción antes de que se resuelva al correspondiente expediente sancionador.
g) La falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.
h) El nivel de incumplimiento de las advertencias previas.
i) El importe del beneficio ilícito obtenido por la comisión de la infracción o infracciones.

Artículo 109. *Medidas complementarias en materia alimentaria.*

1. Cuando se hayan intervenido cautelarmente mercancías, productos, envases, etiquetas y demás objetos relacionados con la infracción sancionada, la autoridad competente a la que corresponda resolver el procedimiento sancionador acordará su destino.

Las mercancías, productos y demás objetos relacionados con la infracción sancionada deberán ser destruidos si su utilización y consumo constituyera un peligro para la salud pública. En todo caso, los gastos originados por el destino alternativo, la destrucción o el decomiso correrán por cuenta del infractor, incluida la indemnización que deba abonarse al propietario cuando éste no sea el infractor.

2. Las multas coercitivas podrán ser reiteradas por lapsos de tiempo no inferiores a un mes y su cuantía no podrá exceder del treinta por cien de la cuantía de la multa impuesta como sanción, teniendo en cuenta para su fijación los criterios siguientes:

a) El retraso en el cumplimiento de la obligación de subsanar.
b) La existencia de intencionalidad o reiteración en el incumplimiento de las obligaciones.
c) La naturaleza de los perjuicios causados.

3. En caso de impago por la persona o entidad obligada, las multas coercitivas serán exigibles por vía de apremio una vez transcurridos treinta días hábiles desde su notificación.

4. Las multas coercitivas serán independientes y compatibles con las sanciones que puedan imponerse.

Artículo 110. *Responsabilidad por las infracciones en materia alimentaria.*

1. De las infracciones cometidas en productos envasados serán responsables las firmas o razones sociales que figuren en la etiqueta, bien nominalmente o bien mediante cualquier indicación que permita su identificación cierta. Así mismo, será responsable solidario el elaborador, fabricante o envasador que no figure en la etiqueta si se prueba que conocía la infracción cometida y que prestó su consentimiento. En el caso de que se hayan falsificado las etiquetas, la responsabilidad corresponderá a las personas que comercialicen los productos a sabiendas de la falsificación, sin perjuicio de las acciones que corresponden en vía penal.

2. De las infracciones en productos a granel, envasados sin etiqueta, o cuando en la etiqueta no figure ninguna firma o razón social, será responsable su tenedor, excepto cuando se pueda identificar de manera cierta la responsabilidad de un tenedor anterior, sin perjuicio de la responsabilidad que corresponda al actual.

3. De las infracciones cometidas por personas jurídicas, incluidos los consejos reguladores y los organismos u órganos de inspección o control, serán responsables subsidiariamente los administradores o titulares de los mismos que no realicen los actos necesarios que fuesen de su incumbencia para el cumplimiento de las obligaciones infringidas, consintieran el incumplimiento por quienes de ellos dependan o adoptaran acuerdos que hicieran posibles tales infracciones.

4. La responsabilidad administrativa por las infracciones reguladas en la presente norma será independiente de la responsabilidad civil o penal que, en su caso, pueda exigirse a sus responsables, sin perjuicio de que no puedan concurrir dos sanciones cuando se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento.

Artículo 111. *Concurrencia de infracciones en materia alimentaria.*

Si concurrieran dos o más infracciones imputables a la misma persona y alguna de estas fuera el medio necesario para cometer otra, deberá imponerse como sanción conjunta la correspondiente a la infracción más grave.

Artículo 111 bis. *Reincidencia.*

A los efectos de la presente ley, existirá reincidencia cuando las personas físicas o jurídicas responsables de las infracciones cometieran, en el término de dieciocho meses, más de una infracción de la misma naturaleza y así haya sido declarado por resolución firme.

Artículo 111 ter. *Prescripción.*

1. Las infracciones muy graves tipificadas en esta ley prescribirán a los cinco años, las graves a los tres años y las leves al año, contados desde la fecha en que la infracción se hubiese cometido.

2. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescribirán a los cinco años, las graves a los tres años y las leves al año, contados a partir del día siguiente a que adquiera firmeza la resolución por la que se imponga la sanción.

Artículo 111 quáter. *Registro y publicidad de las sanciones.*

1. En los registros regulados en esta ley existirá una sección correspondiente a sanciones, en la que se anotarán las resoluciones firmes que por las diversas clases de infracciones hayan sido adoptadas.

2. Las sanciones firmes por infracciones muy graves deberán ser publicadas en el Boletín Oficial del País Vasco y en el del territorio histórico correspondiente.

Artículo 112. *Procedimiento sancionador.*

El procedimiento sancionador se ajustará a los principios de la potestad sancionadora regulados en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y previstos en el Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para el ejercicio de

la potestad sancionadora, y en la Ley 2/1998, de 20 de febrero, de la potestad sancionadora de las administraciones públicas de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

[. . .]

Disposición adicional tercera. *Derechos lingüísticos.*

A la hora de adoptar medidas para el cumplimiento de la ley, las administraciones públicas vascas garantizarán el uso del euskera y del castellano en las relaciones externas. Así mismo, se garantizará el derecho que asiste a las personas físicas y a los representantes de las personas jurídicas a utilizar el euskera y el castellano, tanto oralmente como por escrito, en sus relaciones con dichas administraciones y a recibir la atención en el mismo idioma.

[. . .]

[. . .]

§ 30

Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas

Comunidad Autónoma de Andalucía
«BOJA» núm. 83, de 19 de julio de 1997
«BOE» núm. 194, de 14 de agosto de 1997
Última modificación: 16 de febrero de 2024
Referencia: BOE-A-1997-18301

Téngase en cuenta que se modifica la denominación de esta Ley a: "**Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Adicciones**", por el art. 58.1 del Decreto-ley 26/2021, de 14 de diciembre. Ref. BOJA-b-2021-90434

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 Prevencion y Asistencia en Materia de Drogas.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El consumo de drogas y sus consecuencias sociales, sanitarias y económicas han dado lugar en las sociedades occidentales a un nuevo fenómeno que constituye un motivo de máxima preocupación para los ciudadanos. La implantación de determinadas drogas, que han existido en las distintas sociedades y cuyo consumo fundamentalmente vinculado a motivaciones culturales, antropológicas o terapéuticas no constituía un problema social a gran escala, se ha transformado, en los últimos años, en un hecho social de notable amplitud y extraordinaria complejidad, debido a los cambios producidos en los patrones y motivaciones del consumo a la intervención de personas organizadas en muchos países que obtienen muy importantes beneficios y posibilidades de negocio directamente del tráfico de drogas a gran escala así como indirectamente los movimientos del dinero derivado del narcotráfico, en la aparición de drogas nuevas y en la problemática social que induce o que se asocia con el mismo.

En este sentido, junto al tradicional consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, ha surgido el de drogas no institucionalizadas, como el «cannabis», la cocaína, la heroína y otras drogas sintéticas, evidenciándose repercusiones sanitarias y sociales considerables.

Para dar respuesta a los problemas derivados del consumo de drogas y para mejorar todas las actuaciones que en dicha materia se venían realizando, la Junta de Andalucía creó en 1985 el Comisionado para la Droga, definido como órgano coordinador de todas las

actuaciones que, en materia de drogodependencias, se desarrollan en el marco competencial de la Comunidad Autónoma.

Hasta el momento han sido regulados, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, distintos aspectos relacionados con las drogodependencias, habiéndose creado dispositivos de actuación sanitaria y social, que han ido dando respuestas sectoriales a los numerosos problemas que se han planteado en esta materia.

A pesar de los importantes resultados alcanzados, parece más adecuado definir un instrumento normativo unitario que, desde un enfoque global de las drogodependencias, aborde la regulación de determinadas materias desde las distintas dimensiones que presenta la atención a dicho problema en la sociedad andaluza. Por ello, esta Ley plantea el modelo de atención a las drogodependencias, incluyendo la prevención y la integración social, y dispone, asimismo, un conjunto de actuaciones orientadas a dar respuesta a las consecuencias sociales derivadas del consumo de drogas, en el ámbito competencial andaluz. Para ello la mayor colaboración de las distintas Administraciones públicas y el conjunto de la sociedad se considera en la Ley un objetivo preferente.

En el modelo de atención a drogodependencias, el principio de globalidad fundamenta la consideración del fenómeno social de la dependencia de las drogas, en sus aspectos sanitarios, sociales y educativos, proponiendo intervenciones tanto a nivel individual, como de grupos sociales.

Los principios de normalización e integración se entienden como la incorporación de las personas afectadas por el consumo de drogas, dentro de las redes normalizadas establecidas, mediante la utilización de los cauces y recursos de atención a sus necesidades sociales, considerando tanto el entorno familiar como el social y fomentando la responsabilidad personal y social.

Desde esta triple perspectiva, la presente Ley prevé actuaciones tanto en los aspectos preventivos, como en los asistenciales y en los de integración social, regulando además la planificación y coordinación administrativa por un lado y la participación y el régimen sancionador por otro.

Especial relevancia tiene la prevención frente a las drogodependencias, encuadrada dentro de un contexto de amplitud y de intersectorialidad, tanto del problema como de las causas que lo determinan. A tal fin, se establecen medidas de control de las drogas no institucionalizadas promoviendo también actuaciones contra el narcotráfico.

De otro lado, junto a una serie de medidas de carácter general, tendentes a promover el conocimiento y divulgación de los problemas relacionados con el consumo de drogas y a mejorar las condiciones en la calidad de vida de los drogodependientes, interviniendo en los factores sociales que inciden en su aparición, se establecen otras medidas, dirigidas a controlar la oferta y demanda de las drogas institucionalizadas, de las bebidas alcohólicas y el tabaco, esto es, proporcionándole una especial atención a determinados estratos de población, como son los adolescentes y los jóvenes. Además, teniendo en cuenta las especiales características de los problemas relacionados con el mal uso de las bebidas alcohólicas y el grado de incidencia de esta problemática concreta, se prevé expresamente que el Plan Andaluz sobre Drogas contemple medidas específicas para la atención de los mismos.

En cuanto a la asistencia a los drogodependientes, la Ley dispone que se realice sin discriminación alguna, en igualdad de condiciones con el resto de la población. Asimismo, establece el marco general de coordinación de los servicios sanitarios y sociales a drogodependientes, para dar una respuesta adecuada al objeto de alcanzar la integración familiar y social, como culminación del proceso de atención.

Consciente de la intersectorialidad antes reseñada, se disponen también medidas para favorecer la inserción laboral y formativa de las personas afectadas.

En la regulación de los aspectos planificadores y organizativos destaca la configuración del Plan Andaluz sobre Drogas como instrumento de estructuración y evaluación de las actuaciones en materia de drogodependencias, recogiéndose, asimismo, diversos aspectos definidos en el Plan de Servicios Sociales de Andalucía y el Plan Andaluz de Salud.

Por otra parte, como quiera que para dar una respuesta más adecuada es fundamental la participación de la sociedad, la Ley establece la creación del Consejo Asesor de

Drogodependencias, como órgano de participación de los diferentes sectores sociales implicados.

Igualmente se establece el marco de colaboración con las Corporaciones Locales, como estructuras encargadas de potenciar las acciones propuestas y la inclusión de entidades públicas y privadas a la Red Andaluza de Atención a las Drogodependencias, a través de distintas fórmulas de colaboración o cooperación y en función de los objetivos y programas establecidos por la Junta de Andalucía.

El voluntariado social, que trabaja en drogodependencias en general, y las asociaciones en particular, ocupan un lugar prioritario de participación con las Administraciones públicas, cuyo impulso entre el colectivo de afectados, y, por ende, en toda la sociedad, constituye una estrategia relevante de la presente Ley en la atención a las drogodependencias.

También es objeto de una referencia en la Ley la cuestión de las ludopatías, entroncándola en el Plan Andaluz sobre Drogas.

La Ley, por último, debe entenderse incardinada en el ámbito competencial que el Estatuto de Autonomía atribuye a la Comunidad Autónoma andaluza en sus ar tículos 13 (apartados 21, 22, 23, 25, 30 y 32), 16.1 y 20.1, en materia de sanidad, educación, servicios sociales, protección de menores y publicidad entre otras.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1.

Constituye el objeto de la presente Ley, dentro del marco competencial de la Comunidad Autónoma andaluza, la regulación del conjunto de medidas y acciones dirigidas a la prevención de las drogodependencias, a la atención e incorporación social de los drogodependientes y a la formación e investigación en dicho campo.

Asimismo, la consideración de las drogodependencias como una enfermedad con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social del individuo, mediante la integración de las actuaciones de asistencia e integración social del drogodependiente en el sistema sanitario y de servicios sociales.

Artículo 2.

De los sujetos protegidos en materia de drogodependencias, tendrán derecho a la atención en los servicios públicos cualquier persona que se encuentre en el territorio de la Comunidad Autónoma.

Artículo 3.

1. Se consideran drogas, a los efectos de la presente Ley, aquellas sustancias, naturales o de síntesis, cuyo consumo pueda generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud.

Específicamente tienen esta consideración:

a) Los estupefacientes y psicotropos.
b) El tabaco.
c) Las bebidas alcohólicas.
d) Otras sustancias de uso industrial o cualquier otra capaz de producir los efectos y consecuencias antes descritos.

2. Se consideran drogas no institucionalizadas, principalmente, la heroína, la cocaína, «cannabis» y sus derivados, así como otras drogas sintéticas cuyo uso no constituye un hábito socialmente aceptado.

Artículo 4.

Entendiéndose la adicción como una enfermedad de carácter sanitario y social, las Administraciones públicas andaluzas, dentro de sus respectivos ámbitos de competencias, habilitarán los mecanismos que se consideren necesarios en los términos de la presente ley para la prevención, la asistencia, la rehabilitación y la incorporación social de las personas con adicciones.

Artículo 5.

A los efectos de esta ley, se entiende por:

a) Prevención: Todas aquellas medidas encaminadas a reducir y, en su caso, eliminar las consecuencias perjudiciales asociadas al consumo de sustancias y/o comportamientos que generan las adicciones.

b) Atención: Todas aquellas medidas dirigidas a dar cobertura sanitaria y social a las personas con problemas de adicciones, como consecuencia del uso, abuso o consumo en situaciones de riesgo físico y/o psíquico para el individuo o terceros.

b.1) Asistencia: la fase de la atención que comprende la desintoxicación, y todas aquellas medidas terapéuticas encaminadas a tratar las enfermedades y trastornos, causados por las adicciones, incluyendo tratamientos terapéuticos con las propias sustancias que hubiesen generado la adicción, que permitan mejorar las condiciones de vida de los pacientes.

b.2) Rehabilitación: La fase de la atención para la recuperación o aprendizaje de comportamientos sociales normalizados, como medio de facilitar la incorporación social de la persona.

b.3) Incorporación social: La fase de la atención dirigida a la integración plena de la persona a la sociedad en igualdad de condiciones que el resto.

c) Adicción: Un proceso crónico y recidivante que afecta al estado físico, psicológico y social de la persona, que se caracteriza por una tendencia compulsiva al consumo de sustancias o a la realización de determinados comportamientos.

TÍTULO II

De la prevención

Artículo 6.

1. La Administración de la Junta de Andalucía, sin perjuicio de la actuación de las Corporaciones Locales en el ejercicio de sus competencias o mediante la colaboración de las mismas a estos efectos, promoverá, mediante la incorporación de recursos humanos, financieros y técnicos, políticas sectoriales orientadas a:

a) Favorecer el acceso a los recursos económicos y sociales de aquellos grupos de población que, por su situación deprimida y de marginación, pueden resultar especialmente afectados por las drogas.

b) Desarrollar actuaciones preventivas integradas en materia de información, educación, salud e inserción social, así como sobre las condiciones y actitudes sociales que favorecen el uso de drogas, fomentando el autocontrol personal.

c) Facilitar la formación profesional para favorecer el acceso al primer empleo, autoempleo y promoción empresarial de los drogodependientes.

d) Fomentar el movimiento asociativo, favoreciendo su participación en programas culturales, deportivos, medioambientales y de educación para la salud, de apoyo a colectivos que viven en situación de grave riesgo social.

e) Disponer de sistemas de información que garanticen el conocimiento permanente y evolución de los patrones de consumo, así como la evaluación de las intervenciones realizadas.

f) Modificar las actitudes y comportamientos de la población en general respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.

2. Las Administraciones públicas andaluzas, dentro de sus respectivos ámbitos de competencias, promoverán la participación y concurrencia de las instituciones, asociaciones, federaciones y de los ciudadanos en general.

Artículo 7.

1. Las Administraciones públicas andaluzas establecerán y desarrollarán programas de información y formación sobre las drogas, con la finalidad de proporcionar conocimiento y orientación a los ciudadanos, profesionales e instituciones, acerca de los riesgos que comporta su consumo y las medidas adecuadas para prevenirlo.

2. Estos programas irán dirigidos de manera preferente a los ámbitos infantil, juvenil, laboral y otros de especial incidencia, apoyando las acciones informativas que puedan realizar las entidades o empresas.

3. Las Administraciones públicas de Andalucía promoverán la colaboración de los medios de comunicación social para la realización de las actuaciones mencionadas, en particular los de titularidad pública.

4. En el marco de la planificación general sanitaria, de servicios sociales y educativa, las Administraciones públicas andaluzas impulsarán las actuaciones informativas que faciliten el asesoramiento y la orientación individuales, familiares y comunitarias sobre la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, sin perjuicio de las funciones de información y asesoramiento propias de los servicios de atención a drogodependientes.

5. La Administración de la Junta de Andalucía promoverá la realización, por las Corporaciones Locales, de programas comunitarios de prevención de las drogodependencias dirigidas a aquellas zonas urbanas y rurales con una mayor incidencia y prevalencia.

Serán considerados prioritarios los programas comunitarios que cuenten con la participación de varias Corporaciones Locales, que serán coordinados de manera específica por los centros comarcales de drogodependencia.

Artículo 8.

1. La educación para la salud, especialmente en sus aspectos relacionados con la prevención del consumo de drogas, formará parte de los contenidos de la enseñanza de los centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

2. Todos los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía establecerán en sus planes anuales el conjunto de actuaciones, tanto de desarrollo curricular como actividades extraescolares y complementarias, en orden a concienciar a los alumnos y alumnas acerca de la importancia de tener hábitos saludables, y de las consecuencias que conlleva para las personas y la sociedad el consumo de las sustancias a que se refiere la presente Ley. A tal fin se dotará al sistema educativo de equipos de orientación y de personal especializado, que garanticen la formación del profesorado en orden a la aplicación y desarrollo de los programas de educación sobre drogas que se mencionan. En dichas actuaciones se deberá tener en cuenta la participación del Consejo Escolar y de las asociaciones de padres y madres de alumnos.

3. Igualmente, se fomentará una formación adecuada sobre los distintos aspectos de las drogodependencias en los estudios universitarios de las áreas educativa, sanitaria y social.

Artículo 9.

1. Las Administraciones públicas andaluzas desarrollarán programas formativos específicos, destinados a los profesionales que por su relación con la infancia, los jóvenes y sectores sociales con mayor riesgo social se encuentren directamente implicados en la prevención del consumo de drogas y en el tratamiento de los problemas asociados al mismo.

2. Asimismo, las Administraciones públicas de Andalucía facilitarán la formación específica del voluntariado, integrado en las asociaciones que trabajan en drogodependencias.

3. Las Universidades andaluzas y demás centros de formación de profesionales facilitarán medidas para la inclusión de programas formativos de prevención de las drogodependencias en el desarrollo de sus actividades. Sobre todo en las que estén directamente relacionados con las Áreas de Salud, Educación y Servicio Sociales.

Artículo 10.

1. La Administración de la Junta de Andalucía promoverá y favorecerá la creación y desarrollo de programas de investigación, estudio, formación y diagnóstico en relación con la problemática social, sanitaria y económica relativa a las drogodependencias, y fundamentalmente en las drogas de nueva aparición.

2. Para potenciar la investigación, se podrán suscribir convenios de colaboración entre las administraciones educativas y aquellas entidades, públicas o privadas, directamente relacionadas con la prevención y el estudio de las drogodependencias.

3. Con objeto de aumentar los conocimientos existentes sobre el fenómeno de las drogodependencias, la Administración de la Comunidad Autónoma andaluza promoverá la realización de estudios e investigaciones, considerándose áreas prioritarias las siguientes:

a) Niveles y tendencias en el consumo de drogas.

b) Actitudes y estados de opinión de la población general respecto al fenómeno de las drogodependencias.

c) Repercusiones individuales y sociales del consumo de drogas.

d) Evaluación de los diferentes programas de intervención y, particularmente, de la efectividad de los métodos y programas terapéuticos.

e) Estilos de vida asociados al consumo de drogas.

f) SIDA y su asociación al consumo de drogas vía parenteral en los centros penitenciarios.

4. La Administración de la Comunidad Autónoma andaluza impulsará la formalización de convenios de colaboración a nivel autonómico, nacional e internacional, para potenciar la investigación básica en el campo de las drogodependencias, para los cuales tendrán una consideración preferente las Universidades de Andalucía.

5. Asimismo, la Administración de la Comunidad Autónoma andaluza promoverá acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco destinados a fomentar la investigación de sustancias sustitutivas de los elementos más nocivos presentes en las mencionadas drogas.

Artículo 11.

1. Se impulsarán actuaciones preventivas, dirigidas a colaborar en la mejora de la calidad de vida y superación de las condiciones familiares, sociales y laborales que puedan incidir o asociarse con el consumo de drogas.

2. Los programas preventivos contarán en su diseño, ejecución y evaluación con la participación de los sectores implicados, a través de sus asociaciones, entidades y profesionales. Asimismo, se promoverá la adecuada formación de los sectores sociales y profesionales implicados.

3. Se promoverá la colaboración con los medios de comunicación social, en especial con los de titularidad pública, para la realización de programas y campañas de prevención del consumo de drogas.

4. Los medios de comunicación social de titularidad pública andaluza incorporarán a su programación habitual contenidos dirigidos a difundir mensajes preventivos y a fomentar estilos de vida saludables.

5. La Junta de Andalucía y los medios de comunicación social, en especial la RTVA, articularán su colaboración para la prevención del consumo de drogas, mediante la formalización de convenios en los que se contemplen:

a) La realización de campañas de prevención conjuntas.

b) La programación de espacios divulgativos con información veraz sobre drogas.

c) Orientación consensuada en los espacios informativos en lo referido a drogas.

6. La Administración de la Junta de Andalucía promoverá la realización de encuentros y seminarios sobre drogas con la participación de los equipos de trabajo del Plan Andaluz sobre Drogas y los medios de comunicación social, con el objetivo de facilitar el uso adecuado de datos y el asesoramiento en las informaciones específicas, garantizando en todo caso el libre acceso a la información.

Artículo 12.

1. La Administración de la Junta de Andalucía, en colaboración con los organismos competentes y las organizaciones sindicales y empresariales, fomentará:

a) Programas específicos de prevención, asistencia y reinserción en el ámbito laboral, a incluir en la negociación colectiva.
b) Programas de salud laboral que incluyan actividades informativas y de formación de los trabajadores y empresarios en los problemas derivados del consumo de droga.

En el diseño, ejecución y evaluación de dichos programas se fomentará en cada empresa la participación de los sindicatos, empresarios, servicios médicos de empresa y comité de seguridad e higiene. Así mismo se apoyará las acciones informativas que por su cuenta realicen las empresas y sindicatos.
2. La Administración de la Junta de Andalucía, en sus centros, establecimientos y servicios, reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento. Reglamentariamente se establecerán las condiciones y requisitos que tienen que cumplirse para poder hacer efectiva esta reserva de puestos de trabajo.
3. Se fomentarán entre organizaciones empresariales y sindicales acuerdos que tiendan a garantizar la reserva del puesto de trabajo de personas drogodependientes, y a no ejercer las potestades disciplinarias que contempla la legislación laboral, en casos de problemas derivados del abuso de drogas cuando dichas personas participen en un proceso voluntario de tratamiento o rehabilitación.

TÍTULO III

De la atención

Artículo 13.

Las Administraciones públicas andaluzas, dentro de sus respectivos ámbitos de competencias y de acuerdo con lo previsto en este título, efectuarán:

a) Las actuaciones precisas para garantizar a las personas drogodependientes, en iguales condiciones que al resto de la población, la atención sanitaria y social adecuada a sus necesidades y a los niveles de prestaciones existentes en la red ordinaria de salud y servicios sociales.
b) Actuaciones de especial relevancia en centros penitenciarios, barrios marginales y zonas de prostitución.

Artículo 14.

La Administración de la Junta de Andalucía, en los términos que reglamentariamente se establezcan, velará por el desarrollo de las actuaciones precisas para el tratamiento de las drogodependencias: La desintoxicación, la deshabituación, la atención a las complicaciones orgánicas y psíquicas y a las urgencias derivadas del consumo de drogas. Al mismo tiempo podrá establecer con carácter complementario fórmulas de cooperación y colaboración con entidades públicas o privadas.

Artículo 15.

Las Administraciones públicas andaluzas realizarán actuaciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los drogodependientes, y a favorecer su rehabilitación e integración social, mediante los dispositivos del sistema de servicios sociales y otras medidas de apoyo social y laboral.

Artículo 16.

Para el adecuado desarrollo de una atención integral al drogodependiente, la Administración de la Junta de Andalucía establecerá programas específicos orientados a facilitar el acceso a los servicios y la continuidad asistencial.

Artículo 17.

1. Los Centros de Atención a las Adicciones se clasifican conforme a la siguiente tipología:

a) Comunidades Terapéuticas: Son Centros especializados en la atención a las personas con problemas de adicciones, con carácter residencial, donde se realizan actividades de prevención, asistencia sanitaria que incluye diagnóstico, tratamiento y deshabituación, además de rehabilitación e incorporación social. Pueden contar con una Unidad de Desintoxicación Residencial.

b) Centros de Desintoxicación Residencial: Centros especializados en la atención a las personas con problemas de adicciones, con carácter residencial, que ofrecen asistencia sanitaria para la desintoxicación de sustancias.

c) Centros de Tratamiento Ambulatorios de Adicciones: Centros especializados en la atención a las personas con problemas de adicciones, de carácter ambulatorio, donde se realizan actuaciones de prevención, asistencia sanitaria que incluye diagnóstico, tratamiento, desintoxicación y deshabituación, además de rehabilitación e incorporación social.

d) Centros de Encuentro y Acogida: Centros especializados en la atención a las personas con problemas de adicciones, de carácter ambulatorio, donde se realizan actuaciones sanitarias de prevención que incluyen la disminución de daños y riesgos, para restaurar o mejorar la salud de las personas con problemas de adicciones, así como la información sobre los recursos y programas de atención sociosanitaria disponibles.

e) Viviendas de Supervisión al Tratamiento y a la Reinserción: Servicios especializados supervisados por personal sanitario que ofrecen soporte residencial a las personas con problemas de adicciones. A ellos se accede por indicación terapéutica desde el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones correspondiente, al que permanecen vinculados durante toda la estancia. En ellos se continúa el tratamiento farmacológico, psicológico, social y ocupacional, para facilitar la incorporación social. En función del momento terapéutico se clasifican en: Viviendas de Supervisión al Tratamiento durante las primeras fases; y Vivienda de Supervisión a la Reinserción durante el proceso de reinserción y normalización social.

f) Centros de Día: Servicios especializados supervisados por personal sanitario, para las personas con problemas de adicciones, en régimen de estancia de día. A ellos se accede por indicación terapéutica desde el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones correspondiente, al que permanecen vinculados durante toda la estancia. En ellos se continúa el tratamiento farmacológico, psicológico, social y ocupacional, para facilitar la incorporación social.

g) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria: Unidades especializadas en la atención a las personas con adicciones, integradas en el ámbito hospitalario, donde se lleva a cabo la desintoxicación de sustancias de los pacientes que por su complejidad o patologías asociadas, reciben la indicación de asistencia sanitaria con internamiento.

2. De conformidad con lo dispuesto en el Anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, todos los centros de atención a las adicciones en la Comunidad Autónoma Andaluza tendrán la consideración de centros o servicios sanitarios, y estarán sujetos a las prescripciones contenidas en la normativa vigente.

3. A los efectos indicados en el apartado 2, las Comunidades Terapéuticas, los Centros de Desintoxicación Residencial, los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones, los Centros de Encuentro y Acogida y las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria serán proveedores de asistencia sanitaria de conformidad con la normativa vigente en materia de centros sanitarios. Los Centros de Día y las Viviendas de Supervisión al Tratamiento y a la Reinserción serán servicios que realizan actividades sanitarias pero que están integrados en organizaciones cuya principal actividad no es sanitaria. En ambos casos requerirán

únicamente autorización sanitaria, eximiéndose dichos centros de la necesidad de autorización de centro de servicios sociales y serán objeto de inscripción exclusivamente en el Registro Andaluz de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Artículo 18.

Los hospitales que se determinen reglamentariamente, del sector público o vinculados a éste mediante concierto o convenio, dispondrán de una unidad de desintoxicación. La designación de estos hospitales se realizará, en todo caso, atendiendo a criterios geográficos, de densidad de población y de existencia de núcleos de riesgo.

Artículo 19.

1. La Administración de la Junta de Andalucía, además de los programas asistenciales a que se refieren los artículos anteriores, realizará otros programas orientados a la promoción de la salud de los drogodependientes, a través de la educación sanitaria, la prevención, la detección y el tratamiento de las enfermedades asociadas al consumo de drogas. A este fin, se llevarán a cabo de manera preferente los siguientes programas:

a) Encaminados a la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente, incluyendo de manera prioritaria actividades de educación sanitaria, consejo y apoyo psicológico a usuarios de drogas infectados por el VIH o enfermos del SIDA y a sus familiares.

b) De promoción de la salud orientados de forma prioritaria a colectivos de riesgo, especialmente de vacunación y quimioprofilaxis de los sujetos afectados y personas que con él convivan, considerándose preferente los de hepatitis, tétano y tuberculosis.

c) Programas específicos de extensión regional, dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos programas incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos opiáceos al control sanitario y a la atención social, personalizada y familiar.

d) Para enfermos terminales de SIDA y su asistencia sociosanitaria.

2. La Administración de la Junta de Andalucía, con la colaboración de las Corporaciones Locales, a través de los servicios sociales comunitarios y especializados, realizarán programas orientados a la rehabilitación e incorporación social de los drogodependientes. A este fin, se llevarán a cabo, en especial, los siguientes programas:

a) De información, orientación y asesoramiento sobre los recursos disponibles.

b) Complementarios al tratamiento sanitario de las personas afectadas, mediante intervenciones que incluirán su entorno personal, familiar y comunitario.

c) De desarrollo de actuaciones integrales que incluyan aspectos educativos, ocupacionales, familiares y sociales.

d) De formación y capacitación profesional y fomento del empleo, encaminados a favorecer la reinserción laboral y social de las personas afectadas.

e) De cooperación con los órganos judiciales y penitenciarios, con el fin de facilitar el acceso de los internos con problemas de drogodependencia a las prestaciones sociales. Asimismo, estos programas tendrán por objeto garantizar la prestación de información, asesoramiento y orientación a los órganos judiciales, sobre las circunstancias sociosanitarias que puedan incidir en la adopción de decisiones y, en su caso, en la posible sustitución del internamiento penitenciario por otras medidas.

f) De atención específica a la población juvenil, para propiciar la formación de grupos y asociaciones que permitan una adecuada integración de los drogodependientes.

TÍTULO IV

De las medidas de control

CAPÍTULO I

Drogas no institucionalizadas

Artículo 20.

En los términos de la legislación vigente, las Administraciones públicas competentes vigilarán el estricto cumplimiento de las normas de apertura y funcionamiento de industrias y centros de producción, distribución y dispensación de sustancias incluidas en el artículo 3, apartados a) y d) de esta Ley, sometidos a medidas de fiscalización estatal e internacional, mediante su control e inspección.

Artículo 21.

1. La Administración de la Junta de Andalucía, en el marco de las leyes penales y procesales, promoverá las actuaciones adecuadas para cooperar en la persecución del narcotráfico, al objeto de reducir la disponibilidad de las drogas no institucionalizadas en el territorio andaluz.
2. La Administración de la Junta de Andalucía, en el marco de las leyes penales y procesales, promoverá las actuaciones jurídico-penales, de entidades públicas, federaciones y asociaciones, dirigidas contra las drogas, mediante convenios, subvenciones u otras formas de cooperación para facilitar estas acciones en lo relativo a medidas de control en materia de drogas.
3. La Administración de la Junta de Andalucía pondrá fin a cualquier relación económica-financiera con las entidades o personas a que se refiere el artículo 2 de la Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales, que hayan sido objeto de sanción firme en virtud de la misma.

Artículo 22.

Queda prohibida, a los menores de dieciocho años, la venta de colas y demás productos industriales inhalables con efectos euforizantes o depresivos.
Queda excluida de esta prohibición la venta a mayores de dieciséis años que acrediten el uso profesional de estos productos.

Artículo 23.

La Administración pública de la Comunidad Autónoma elaborará y proporcionará información actualizada a profesionales y ciudadanos sobre la utilización de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y demás medicamentos, así como los derivados de los anteriores y en concreto las llamadas drogas de síntesis capaces de producir dependencia.

Artículo 24.

1. La Junta de Andalucía regulará las condiciones y presentación a la venta de sustancias químicas que puedan producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia, a fin de evitar su uso como drogas.
2. La Consejería de Salud determinará reglamentariamente la relación de productos a que se refiere el apartado anterior.

CAPÍTULO II

Drogas institucionalizadas

Artículo 25.

1. Sin perjuicio de las prohibiciones y limitaciones establecidas en la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, y en la Ley 25/1994, de 12 de julio, sobre

incorporación al ordenamiento jurídico español de la Directiva 89/552/CE, sobre ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva, se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas:

a) En los centros docentes, centros de menores, los de carácter recreativo y otros análogos destinados preferentemente a menores de dieciocho años.
b) En los centros de enseñanza superior y universitaria, centros sanitarios y dependencias de las Administraciones públicas.
c) En áreas de servicio de autovías y autopistas.
d) En las instalaciones deportivas públicas y privadas.
e) Con ocasión o mediante patrocinio de actividades deportivas, educativas y aquellas dirigidas a menores.

La promoción pública de bebidas alcohólicas en Andalucía, mediante ferias, exposiciones, muestras y actividades similares, será realizada en espacios diferenciados cuando tenga lugar dentro de otras manifestaciones públicas. Se permitirá el acceso a menores, exclusivamente cuando estén acompañados de personas mayores de edad bajo su responsabilidad.
2. La Administración pública andaluza regulará la limitación en los medios de comunicación andaluces de cualquier tipo de publicidad directa o indirecta de tabaco y bebidas alcohólicas, así como la emisión de programas en los que el presentador o presentadora o cualquier otro participante aparezca fumando, junto a bebidas alcohólicas, tabaco o menciones de sus marcas o logotipos.
3. La publicidad del tabaco estará sometida a las prohibiciones y las limitaciones establecidas en la legislación vigente.
Sin perjuicio de las limitaciones a que se refiere el párrafo anterior, se prohíbe la publicidad del tabaco:

a) En los centros docentes, centros de menores, los de carácter recreativo y otros análogos destinados preferentemente a menores de dieciocho años.
b) En los centros de enseñanza superior y universitaria, centros sanitarios y dependencias de las Administraciones públicas.
c) En las instalaciones deportivas públicas y privadas.
d) Con ocasión o mediante patrocinio de actividades deportivas, educativas y aquellas dirigidas a menores.

Artículo 26.

1. Queda prohibido, en relación con las bebidas alcohólicas:

a) La venta o suministro a menores de 18 años, así como permitirles el consumo dentro de los establecimientos. Queda excluida de esta prohibición la venta o suministro a mayores de 16 años que acrediten el uso profesional del producto.
b) La venta y el consumo en los centros docentes, centros de menores, los de carácter recreativo y otros análogos destinados a menores de dieciocho años.
c) La venta y el consumo de bebidas alcohólicas superiores a 20.º en los centros de enseñanza superior y universitarios, centros sanitarios, dependencias de las Administraciones públicas, hospitales y clínicas, así como en las instalaciones deportivas, áreas de servicio y gasolineras o estaciones de servicio ubicadas en las zonas colindantes con las carreteras, autovías, autopistas y en gasolineras ubicadas en los núcleos urbanos.
d) La venta, suministro o distribución, realizada a través de establecimientos en los que no está autorizado el consumo, la de carácter ambulante y la efectuada a distancia, cuando tengan lugar durante el horario nocturno que reglamentariamente se determine.

La expedición de bebidas alcohólicas mediante máquinas automáticas de venta sólo podrá realizarse en lugares cerrados, y se hará constar en su superficie frontal la prohibición de venta o suministro de bebidas alcohólicas a los menores de edad.
2. Queda prohibido, en relación con el tabaco:

a) La venta o suministro a los menores de dieciocho años.
Queda excluida de esta prohibición la venta a mayores de dieciséis años que acrediten el uso profesional del producto.

b) La venta:

En los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
En los centros docentes no universitarios.
En los establecimientos destinados preferentemente a la atención a la infancia y la juventud.
En las instalaciones deportivas, públicas o privadas.

c) El consumo en los lugares no autorizados dentro del ámbito de las Administraciones públicas, centros docentes, centros sanitarios e instalaciones deportivas cerradas.

La expedición de tabaco o sus labores mediante máquinas automáticas de venta sólo podrá realizarse en lugares cerrados, y se hará constar en la superficie frontal de la máquina que el tabaco es perjudicial para la salud, y que los menores de dieciocho años tienen prohibido utilizar la máquina.
En los lugares en que está prohibido el consumo, podrán habilitarse zonas para fumadores debidamente aisladas y señalizadas. En caso de que no fuere posible su aislamiento eficaz, se mantendrá la prohibición para todo el local.

TÍTULO V

De la organización y participación

CAPÍTULO I

Competencias

Artículo 27.

1. La Administración de la Junta de Andalucía desarrollará, en materia de adicciones, las funciones de planificación general de las actuaciones previstas en la presente ley, la evaluación y las de coordinación de las funciones y servicios que en esta materia desarrollen las Administraciones públicas andaluzas y las entidades públicas y privadas, sin perjuicio de las competencias que le corresponden en materia de sanidad, servicios sociales, consumo, educación y otras.
2. También corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía:

a) La autorización, registro e inspección de centros, programas y servicios que, puestos en marcha por entidades públicas o privadas, desarrollen actividades y acciones de intervención en materia de adicciones o la problemática asociada a la misma.
b) El establecimiento de un sistema centralizado de información y documentación sobre adicciones, que permita el seguimiento y la evaluación continua de las mismas y de su problemática asociada, facilitando los programas de investigación sobre el tema, con las debidas garantías del derecho al anonimato sobre los datos que se registren.

Artículo 28.

1. Las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos ejercerán sus competencias en esta materia, tanto propias como delegadas, en el marco de lo previsto en la presente Ley.
2. De acuerdo con los criterios y directrices del Plan Andaluz sobre Drogas, los Ayuntamientos podrán llevar a cabo actuaciones de información, prevención e integración social.
3. Los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes recibirán el apoyo técnico y económico de las Diputaciones Provinciales.
4. Los Ayuntamientos que pongan en marcha actuaciones en materia de drogas podrán recibir financiación de la Junta de Andalucía.

CAPÍTULO II

Planificación y evaluación

Artículo 29.

1. Corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la aprobación de un Plan Andaluz sobre Drogas, en el que se contendrán todas las actuaciones preventivas, de atención e incorporación social a desarrollar de forma coordinada por las distintas Administraciones públicas andaluzas y por las entidades colaboradoras. Por las especiales características de los problemas relacionados con el mal uso de las bebidas alcohólicas y el grado de incidencia de esta problemática concreta, el Plan Andaluz sobre Drogas incluirá medidas específicas sobre el alcohol.

2. Del contenido del plan y sus evaluaciones se elevará una memoria anual al Parlamento de Andalucía.

3. El Plan Andaluz sobre Drogas será vinculante para todas las Administraciones públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas.

CAPÍTULO III

Colaboración con las Corporaciones Locales

Artículo 30.

La Administración de la Junta de Andalucía podrá establecer con las Corporaciones Locales las adecuadas relaciones de colaboración, en orden a la prestación de servicios de carácter preventivo, asistencial y de reinserción social, sin perjuicio de las competencias que les sean propias.

CAPÍTULO IV

Movimiento asociativo e iniciativa social

Artículo 31.

1. Se crea el Consejo Asesor sobre Drogodependencias, como órgano de carácter consultivo y de participación social en materia de drogodependencias, en el que estarán representados las Administraciones públicas andaluzas, las asociaciones de drogodependencias a través de sus federaciones más representativas, así como otras organizaciones no gubernamentales y la iniciativa social.

2. El Consejo Asesor sobre Drogodependencias tendrá las siguientes funciones:

a) Conocer, con carácter previo a su aprobación, el Plan Andaluz sobre Drogas e informar el mismo.

b) Conocer e informar el presupuesto de gastos y la memoria anual del Plan Andaluz sobre Drogas.

c) Solicitar de los órganos o entidades competentes expertos en la materia los informes que se estimen necesarios.

d) Valorar las necesidades generadas por el problema de las drogas en Andalucía.

e) Ser consultado previamente a la concesión de ayudas económicas destinadas al movimiento asociativo.

f) Proponer para ser declaradas de interés para la Comunidad Autónoma a aquellas entidades que reúnan los requisitos establecidos en el artículo 33.2 de la presente Ley.

g) Cualesquiera otras que, en el marco de sus competencias, se le atribuyan reglamentariamente para el adecuado cumplimiento de sus fines.

3. Al objeto de conseguir mayor operatividad, el Consejo Asesor funcionará en Pleno y en Comisión Ejecutiva.

4. Igualmente, en los ámbitos provinciales, comarcales y locales, podrán constituirse Consejos de Participación. Las Administraciones públicas de Andalucía facilitarán su constitución y funcionamiento.

5. Los poderes públicos promoverán la participación de las asociaciones y federaciones de drogodependencias, y otras organizaciones no gubernamentales, en la planificación y evaluación de los diferentes ámbitos territoriales del Plan Andaluz sobre Drogas.

6. Las Administraciones públicas de Andalucía apoyarán la creación y funcionamiento de las Federaciones Provinciales y Regionales de Asociaciones, a fin de crear cauces de coordinación entre éstas y de ellas con las Administraciones públicas.

Artículo 32.

1. Se promoverá la participación de las asociaciones ciudadanas en las actuaciones de las Administraciones públicas para la prevención, atención e integración social de los drogodependientes, mediante subvenciones, conciertos, convenios o cualquier otra modalidad que se pueda adoptar.

2. Se fomentará preferentemente el voluntariado social de drogodependientes en proceso de reinserción social que colaboren en las actividades citadas o en otras de carácter cívico o social.

3. Las Administraciones públicas de Andalucía realizarán actividades de fomento y colaboración con las asociaciones específicas, que desarrollen iniciativas frente a las necesidades sociales que se puedan plantear en relación con las drogodependencias.

4. Se mantendrán líneas estables de coordinación entre las Administraciones públicas y las asociaciones y federaciones de drogodependencias para la prevención, atención e integración social.

Artículo 33.

La Administración de la Junta de Andalucía podrá declarar de interés para la Comunidad Autónoma aquellas entidades en las que concurran los siguientes requisitos:

a) Que sus estatutos establezcan fines de interés en el área de las drogodependencias.
b) Carecer de ánimo de lucro.
c) Llevar a cabo programas o servicios en el campo de las drogodependencias.
d) Contar con los medios adecuados para el correcto cumplimiento de sus fines.
e) Destacarse significativamente eficaz en su campo de actuación en materia de drogodependencias.

El procedimiento de declaración se establecerá reglamentariamente.

Artículo 34.

1. Los centros de atención a personas con problemas de adicciones estarán sometidos a un régimen de intervenciones administrativas en los términos de la normativa relativa a los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

2. Los centros, igualmente, deberán observar todas las condiciones específicas establecidas en los protocolos de funcionamiento de las unidades asistenciales que conforman su oferta asistencial.

Los protocolos de funcionamiento serán aprobados mediante orden por la persona titular de la Consejería competente en materia de adicciones, concretando las condiciones funcionales y organizativas, para cada tipo de centros y unidades, con los requisitos técnicos de estructura, instalaciones y equipamiento exigibles para los distintos tipos de unidades asistenciales y centros de adicciones.

3. El proceso único de la autorización de funcionamiento sanitaria y la acreditación de los centros de atención a las adicciones supondrá la habilitación de los mismos para la suscripción de conciertos y la percepción de subvenciones de la Junta de Andalucía.

4. La Red Pública de Atención a las Adicciones en Andalucía es la formada por todos los centros y servicios propios de la Junta de Andalucía. Los centros de titularidad privada, y los de titularidad pública distinta de la Administración de la Junta de Andalucía, podrán integrarse en la red mediante convenios, conciertos u otras formas previstas en el

ordenamiento jurídico, siempre que se adecúen a los objetivos y actuaciones establecidas por la Administración de la Junta de Andalucía.

5. La totalidad de los centros y servicios de atención a las adicciones gestionados por entidades que, según lo previsto en el apartado 3 de este artículo, suscriban conciertos o convenios o se beneficien de ayudas de la administración autonómica tendrá, en cuanto al desarrollo de programas de intervención, una dependencia funcional del órgano administrativo al que se adscriba el Plan Andaluz en materia de adicciones.

CAPÍTULO V

De la coordinación

Artículo 35.

La persona titular del órgano directivo responsable en materia de adicciones de la Junta de Andalucía coordinará las actuaciones que en esta materia se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma y gestionará los recursos destinados específicamente a este fin por la Administración Autonómica.

TÍTULO VI

Del régimen sancionador

CAPÍTULO I

Infracciones y sanciones

Artículo 36.

1. Constituyen infracciones administrativas, en el ámbito de las drogodependencias, las acciones y omisiones tipificadas en esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. El régimen sancionador contenido en este título se entiende sin perjuicio de la aplicación de los regímenes específicos previstos en la legislación estatal de seguridad ciudadana, defensa de los consumidores y usuarios, publicidad, sanidad y medicamentos, así como de servicios sociales.

Artículo 37.

1. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves.

2. Son infracciones leves:

a) El incumplimiento de las prohibiciones de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, contenidas en el artículo 26.

b) Las tipificadas en el número siguiente que sean cometidas por negligencia, siempre que no comporten un perjuicio directo para la salud.

3. Son infracciones graves:

a) El incumplimiento de las prohibiciones de venta y suministro de bebidas alcohólicas y tabaco, contenidas en el artículo 26, así como permitir el consumo dentro de los establecimientos que lo tengan prohibido o por las personas menores de 18 años.

b) La contravención de lo dispuesto en los artículos 22 y 25.

c) La obstrucción a la acción inspectora que no constituya infracción muy grave.

d) La reincidencia en la comisión de más de una infracción leve en el término de un año. No se tendrán en cuenta a estos efectos las infracciones del aparta do 2, a), de este artículo.

4. Son infracciones muy graves:

a) La negativa absoluta a facilitar información o a prestar colaboración a la acción inspectora, así como el falseamiento de la información suministrada.

b) La amenaza, represalia o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades o sus agentes en su actuación inspectora.

c) Las infracciones que, estando tipificadas como graves, produjeran un perjuicio grave para la salud pública, en especial intoxicaciones por ingestión de bebidas alcohólicas o de otras sustancias prohibidas.

d) La reincidencia en la comisión de más de una infracción grave en el término de un año.

Artículo 38.

Serán sujetos responsables de las infracciones las personas físicas o jurídicas que incurran en las mismas, y en particular los propietarios, directores o gerentes de los locales o centros en que se compruebe la infracción.

Artículo 39.

1. Las infracciones tipificadas en la presente Ley serán sancionadas en la siguiente forma:

a) Las infracciones leves, con multas de hasta 3.000 euros.

b) Las infracciones graves, con multa desde 3.001 euros hasta 15.000 euros.

c) Las infracciones muy graves, con multa desde 15.001 euros hasta 600.000 euros.

2. La cuantía de las multas a imponer se graduará atendiendo a la gravedad de la alteración social producida, el beneficio obtenido, la naturaleza de los perjuicios causados, el grado de intencionalidad y su reiteración.

3. Sin perjuicio de las sanciones pecuniarias previstas en el apartado 1 de este artículo, podrán imponerse por parte de los órganos competentes para sancionar o que tengan dicha competencia delegada las siguientes sanciones accesorias:

a) Incautación de los instrumentos o efectos materiales utilizados en la comisión de las infracciones.

b) Suspensión de licencias de apertura o clausura de los establecimientos objeto o a través de los cuales se cometa la infracción, desde dos años y un día a cinco años para las infracciones muy graves, y hasta dos años para las infracciones graves.

c) Revocación de las autorizaciones o licencias.

d) Supresión, cancelación o suspensión de cualquier tipo de subvención o ayuda pública que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado de cualquier órgano de la Administración autonómica o municipal.

4. Serán responsables de las infracciones tipificadas en la presente Ley quienes realicen las acciones u omisiones tipificadas como infracción en la misma. No obstante lo anterior, el titular de la empresa, actividad o establecimiento será responsable administrativamente de las infracciones cometidas por sus empleados o terceras personas que realicen prestaciones remuneradas o no.

En el caso de cesión o arrendamiento de la actividad, formalizado en contrato privado entre las partes, será responsable de las acciones u omisiones consideradas en esta Ley como infracciones el arrendatario.

5. Sin perjuicio de las sanciones principales o accesorias que en cada caso procedan, por parte del órgano competente podrá adoptarse como medida provisional la suspensión temporal de las licencias o la clausura preventiva de los establecimientos donde se hayan cometido los ilícitos administrativos objeto de la presente Ley cuando el procedimiento sancionador hubiere sido iniciado por la comisión de infracciones graves o muy graves, a fin de evitar su reiteración o en casos de grave repercusión social.

Los agentes de la autoridad, durante el ejercicio de sus funciones de vigilancia y control, podrán adoptar tales medidas en los supuestos del párrafo anterior, las cuales deberán ser confirmadas o levantadas en un plazo máximo de 72 horas, así como en el acuerdo de iniciación del proceso sancionador.

En cualquier caso, la decisión al respecto de dicho agente de la autoridad será puesta inmediatamente en conocimiento de la autoridad administrativa competente a efectos de su control.

6. Las cantidades recaudadas por las Administraciones competentes como resultado del régimen sancionador que se establece en la presente Ley serán aplicadas al presupuesto del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones en el municipio, así como sufragar los gastos derivados de las actuaciones inspectoras y administrativas.

CAPÍTULO II

Competencias

Artículo 40.

1. Serán competentes para imponer las sanciones a que se refiere el artículo anterior:

a) Las personas titulares de las Delegaciones Provinciales o Territoriales de la Consejería competente en materia de adicciones para la imposición de las sanciones por infracciones leves.
b) La persona titular de la Consejería competente en materia de adicciones para la imposición de las sanciones por infracciones graves.
c) El Consejo de Gobierno para la imposición de las sanciones por infracciones muy graves.

2. Las competencias para sancionar podrán ser objeto de delegación en los órganos de las Corporaciones Locales, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 41.

Las resoluciones firmes de imposición de sanciones por infracciones muy graves serán objeto de publicación en el «Boletín Oficial de la Junta de Andalucía».

Disposición adicional primera.

El Consejo de Gobierno, en el plazo de seis meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, aprobará la relación de productos a que se refiere el artículo 22.

Disposición adicional segunda.

1. Hasta tanto se establezca el marco legal específico para afrontar los problemas derivados de la dependencia al juego de azar, la Junta de Andalucía desarrollará, a través del Plan Andaluz sobre Drogas, las medidas adecuadas para la prevención de las ludopatías y la atención a los afectados por el juego patológico, prestando apoyo técnico y económico a las asociaciones de jugadores en rehabilitación existentes en Andalucía.
2. En el plazo de seis meses se creará una comisión de estudio sobre los juegos de azar, para que proponga al Consejo de Gobierno la regulación y desarrollo de toda la normativa en nuestra Comunidad Autónoma.

Disposición adicional tercera.

Al objeto de poder conseguir los objetivos perseguidos en esta Ley, cada año los presupuestos de la Junta de Andalucía deberán recoger una partida presupuestaria específica y suficiente para atender a los mismos.

Disposición adicional cuarta. *Adicciones.*

Las referencias realizadas en la presente Ley a “drogodependientes” se entenderán realizadas a “personas con adicciones”, las referencias a “drogodependencias” y a “drogas” se entenderán realizadas a “adicciones”; salvo, en el Título IV, que por regular específicamente las medidas de control en materia de drogas no institucionalizadas e institucionalizadas, se mantendrá dicha terminología.

Disposición adicional quinta. *Plazo para los protocolos de funcionamiento.*

Los protocolos de funcionamiento se aprobarán mediante orden de la persona titular de la Consejería competente en materia de adicciones en el plazo de 1 año.

Disposición transitoria primera.

Las medidas de control previstas en los capítulos I y II del título IV, en cuanto incorporen nuevas limitaciones a las existentes en la normativa anterior, serán de aplicación a los seis meses de la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición transitoria segunda.

Las limitaciones de la publicidad de las bebidas alcohólicas y del tabaco previstas en el artículo 25, a las que resulte aplicable lo dispuesto en la disposición anterior, sólo serán de aplicación a la publicidad contratada con posterioridad a la entrada en vigor de esta Ley.

Disposición transitoria tercera.

La Comisión Ejecutiva del Consejo Asesor sobre Drogodependencias, citada en el artículo 31, tendrá funciones y composición similares a la actual Comisión de Participación sobre Drogodependencias, que hasta el momento de la constitución efectiva del Consejo Asesor continuará con su composición y funciones actuales.

Disposición transitoria cuarta.

Hasta tanto no se regule el procedimiento del régimen sancionador previsto en la presente Ley, será de aplicación el establecido con carácter general en las normas reguladoras del procedimiento sancionador.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo dispuesto en esta Ley.

Disposición final primera.

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones necesarias en desarrollo y aplicación de la presente Ley.

Disposición final segunda.

Las Consejerías competentes establecerán, mediante orden, los lugares en los que será de aplicación la prohibición establecida en el artículo 26.2.

Disposición final tercera.

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

§ 31

Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias

Comunidad Autónoma de Aragón
«BOA» núm. 43, de 11 de abril de 2001
«BOE» núm. 118, de 17 de mayo de 2001
Última modificación: 15 de julio de 2014
Referencia: BOE-A-2001-9342

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

En una sociedad que gira en torno a la capacidad de producción y a la cultura del bienestar, se corre el peligro de asociar el consumo de diversos tipos de sustancias que aparecen al alcance de todos con la consecución de objetivos vitales.

En el fomento de la salud, uno de los principales objetivos con los que se encuentra hoy en día la sociedad es abordar el uso indebido de drogas como un estilo de vida con gran riesgo para la salud individual y colectiva, en el que convergen factores socioculturales. El uso de drogas constituye un fenómeno que requiere intervenciones coordinadas de muchos sectores, tanto si se desarrollan en el campo de la prevención como en los de la asistencia y la reinserción.

Las directrices que en materia de drogas plantean como prioritarias la Unión Europea y el Plan Nacional sobre Drogas están orientadas a desarrollar acciones para reducir la demanda y el suministro, así como a prevenir el consumo. Se trata, por tanto, de facilitar las condiciones para que las poblaciones más vulnerables puedan elegir estilos de vida sanos.

El interés, sucesivamente orientado a la heroína, la cocaína o las drogas de síntesis, ha determinado diferentes estrategias de intervención que han demostrado que no sólo han de centrarse en la atención y rehabilitación, sino, fundamentalmente, en modelos de prevención dirigidos tanto a los determinantes que influyen en el establecimiento de estilos de vida como a la reducción del daño. Además, las actuaciones que se desarrollan en torno a este fenómeno han de adaptarse al contexto y circunstancias de cada escenario.

Junto a los patrones de consumo de dichas sustancias existen otros culturalmente arraigados y socialmente aceptados que son un riesgo grave para la salud. El tabaquismo es uno de los más importantes problemas de salud pública, siendo la causa prevenible más importante de mortalidad, y provoca, además, una notable pérdida de calidad de vida. Por otro lado, el consumo de alcohol constituye un grave problema, en especial cuando se trata de personas jóvenes que están adoptando sus hábitos de salud. Tampoco se puede olvidar la automedicación, cada vez más frecuente en nuestro medio.

Al abordar esta problemática, hay que tener en cuenta, también, la aparición de nuevos patrones de uso y abuso, y en particular el consumo de sustancias dentro de un contexto de ocio y diversión permanente, que implica dosis intensas aunque espaciadas en el tiempo.

La actual estructura del mercado de trabajo, caracterizada por la inestabilidad y la precariedad, da lugar a una vulnerabilidad ligada a situaciones de conflicto o crisis que puede influir en esta tendencia al consumo de algunas drogas. La exclusión social y los problemas de las drogas están estrechamente vinculados y ello implica que, junto a respuestas específicas, son también necesarias otras de tipo estructural, desarrollando desde los poderes públicos acciones que modifiquen las circunstancias sociales, económicas y culturales que, para determinados colectivos, están asociadas a drogodependencias.

Por todo ello, el problema de las drogodependencias debe considerarse una responsabilidad social y no solamente individual. Cualquier iniciativa se englobará dentro de una política integral y planificada dirigida al logro de un desarrollo humano y social más equitativo en el marco de la promoción de la salud, en el que el Gobierno de Aragón adoptará las medidas para aminorar, atajar o eliminar los factores sociales, económicos y culturales que puedan desencadenar una conducta drogodependiente.

En esta Ley adquieren especial relevancia las disposiciones relativas al control de la oferta de bebidas alcohólicas y tabaco, ya que la limitación al consumo constituye una de las estrategias prioritarias en nuestro medio.

Asimismo, es fundamental restringir la promoción de la venta de sustancias y centrar las prohibiciones en los ámbitos donde se pueda obtener más beneficio.

Esta Ley quiere hacer énfasis en el enfoque educativo, insistiendo en la integración adecuada de la educación para la salud en todos los ámbitos educativos de la comunidad, de tal forma que la promoción de estilos de vida sanos y autónomos sea un objetivo a trabajar desde las diferentes disciplinas y entornos profesionales. Se trata, por tanto, de capacitar a los individuos para la toma de decisiones sobre salud y responder de forma positiva, siendo respetuosos con las libertades personales, a la interpelación que el fenómeno de las drogas representa. La intervención en promoción de salud es una tarea que implica a toda la comunidad y que, al igual que las actividades en prevención, ha de ser fruto del consenso y compromiso de todos los sectores sociales con intervenciones específicas en escenarios como la escuela, familia, empresas, asociaciones, etc.

Es importante poner en práctica, de un modo generalizado, actividades educativas y reforzar la incorporación adecuada de la educación para la salud al sistema escolar y el papel de los medios de comunicación como elementos de información y opinión.

Las actuaciones que deben realizarse con aquellas personas en que las medidas preventivas no tuvieron el efecto para las que fueron diseñadas deben partir de la voluntariedad y la libertad, asegurando la equidad en el acceso a los programas de tratamiento con independencia de la situación socioeconómica en que se encuentren.

La oferta asistencial debe basarse en programas de atención que puedan ser útiles, procurando la integración progresiva en la atención primaria de salud y una mayor coordinación entre los diferentes recursos y políticas sectoriales. Los programas de reducción de daños constituyen, por tanto, una actuación fundamental en aquellas personas en las que otras intervenciones han fracasado o sus condiciones sanitarias y sociales así lo indiquen, dado el importante incremento experimentado en los últimos años y el abanico de posibilidades que este tipo de programas ofrece.

La reinserción social, cuyo objetivo es evitar las situaciones de exclusión, debe enmarcarse en el contexto comunitario, dejándose la posibilidad de que se establezcan programas específicos para igualar situaciones ya de por sí desfavorecidas.

El Gobierno de Aragón tendrá entre sus prioridades presupuestarias las actividades encaminadas a la prevención del consumo de drogas y de los problemas que de él puedan derivarse.

El Gobierno de Aragón, consciente de las necesidades que se estaban planteando en nuestra Comunidad Autónoma, puso en marcha, mediante la Orden de 22 de junio de 1987, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, modificada por la Orden de 12 de noviembre de 1988, una serie de mecanismos jurídicos que vienen a establecer el funcionamiento interno de la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Toxicómanos El

Frago. A esta reglamentación han seguido una serie de normas que regulan diferentes aspectos, como la autorización para la apertura o la acreditación de centros residenciales de tratamiento (Orden de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, derogada por el Decreto 111/1992, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, donde se establecen las condiciones mínimas que deben reunir los servicios y establecimientos sociales especializados). La acreditación, evaluación y control de centros y servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de los mismos ha supuesto también la creación de una Comisión por Orden de 3 de agosto de 1990. El fenómeno de las discotecas juveniles como espacios de ocio para la juventud ha tenido su regulación a través de la Orden del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales de 7 de abril de 1995.

El Gobierno de Aragón ha dado respuesta en los últimos años a los problemas relacionados con el consumo de drogas impulsando recursos de prevención, tratamiento y reinserción. Se han establecido convenios anuales de colaboración con entidades locales, extendiendo la respuesta asistencial a toda la Comunidad Autónoma en el ámbito público mediante el mantenimiento de centros municipales de drogodependencias de ámbito comarcal. Paralelamente, se han apoyado las acciones de la iniciativa social, estableciendo convenios con organizaciones no gubernamentales. Todo ello se ha impulsado desde la coordinación con el Plan Nacional sobre Drogas aprobado en 1985.

El grado de desarrollo de estas actividades y la necesidad de contemplar este fenómeno de una manera más integral y coordinada exigen una regulación normativa que asegure una mayor homogeneidad y coherencia en el tratamiento de este fenómeno tanto en lo asistencial como en las actuaciones dirigidas a la prevención y reducción de los riesgos asociados al mismo.

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce la protección de la salud y establece que es a los poderes públicos a quienes compete organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, fomentando la educación sanitaria.

El Estatuto de Autonomía de Aragón (texto reformado por la Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre) establece como competencias exclusivas de la Comunidad Autónoma las siguientes materias: artículo 35.1.20.ª: «Publicidad, sin perjuicio de las normas generales dictadas por el Estado para sectores y medios específicos, de acuerdo con los números uno, seis y ocho del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución»; artículo 35.1.26.ª: «Asistencia, bienestar social y desarrollo comunitario; juventud y promoción de las condiciones para su participación libre y eficaz en el desarrollo político, social, económico y cultural»; artículo 35.1.28.ª: «Protección y tutela de menores», y artículo 35.1.40.ª: «Sanidad e higiene». El artículo 35.2 establece que, en el ejercicio de estas competencias, corresponde a la Comunidad Autónoma de Aragón la potestad legislativa, la reglamentaria y la función ejecutiva.

La Ley 4/1987, de 25 de marzo, de ordenación de la acción social, en su artículo 1, establece el derecho de todos los ciudadanos al acceso a los diferentes sistemas públicos de protección social, y uno de los objetivos básicos que establece la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, en su artículo 4.2, es 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, concretando más en su artículo 11.2.a), donde fija los objetivos mínimos del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma: promoción, protección y prevención de la salud, asistencia sanitaria y medidas de reinserción.

La Ley 10/1989, de 14 de diciembre, de Protección de Menores, establece como medidas de prevención y de apoyo, en su artículo 10, la elaboración de programas de prevención tendentes a evitar el deterioro del entorno familiar, garantizando los derechos del menor y disminuyendo los factores de riesgo de marginación, drogadicción o cualesquiera otros.

En el contexto de estas disposiciones legislativas se inscribe la presente Ley, que tiene como objetivo prioritario establecer los criterios que permitan una adecuada coordinación de las entidades o instituciones que actúan en el campo de las drogodependencias y regular el conjunto de acciones dirigidas a la prevención de las mismas y a la formación e investigación en dicho campo.

Esta Ley se estructura en un título preliminar y otros cuatro títulos más, con un total de 43 artículos.

El Título Preliminar, que contiene las Disposiciones Generales, además de establecer el objeto de la Ley, incluye varias definiciones conceptuales que permiten una homogénea interpretación del texto y contiene los principios rectores que inspiran la redacción del mismo.

Considerando que la prevención de las drogodependencias es un elemento relevante, la Ley la regula en el Título I, donde se establecen los objetivos generales y una serie de medidas destinadas a reducir tanto la demanda como la oferta de todo tipo de drogas. Destaca en dicho Título el capítulo III, dedicado a la reducción de la oferta. Este capítulo incluye cuatro secciones, encaminadas a limitar la publicidad y la promoción, así como la venta y el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, con especial referencia y protección a los menores de 18 años, y a establecer controles en relación con los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas.

El Título II recoge los objetivos generales y criterios de actuación de la asistencia y reinserción social, garantizando la atención a las personas afectadas por el consumo de drogas en condiciones de equidad con otras enfermedades. Este Título regula también la organización de la atención y las actuaciones en los ámbitos judicial, penitenciario y laboral, que se desarrollan en colaboración y coordinación con las Administraciones públicas que tienen competencias en la materia.

El Titulo III, sobre organización y participación social, incluye los mecanismos de los que tanto el Gobierno de Aragón como las corporaciones locales disponen para hacer más eficaz y efectiva la aplicación de esta Ley, siempre bajo el principio de coordinación institucional. En su capítulo II se establece el procedimiento para la elaboración y aprobación del Plan autonómico sobre drogas. Entendiendo el fenómeno de las drogodependencias como complejo y donde la coordinación es imprescindible, este Título recoge la participación social a través tanto de mecanismos especializados como de su propia iniciativa, siempre en aras a conseguir aunar esfuerzos y recursos que permitan adoptar medidas necesarias para alcanzar los objetivos de esta Ley.

El Título IV aporta los instrumentos, financiación, función inspectora y régimen sancionador, que van a garantizar el estricto cumplimiento de lo establecido en el texto, siempre en coordinación y, sobre todo, en colaboración entre Administraciones públicas. Por un lado, recoge el compromiso de las Administraciones de dedicar los recursos económicos suficientes para garantizar el mandato de la presente Ley. Asimismo, define las funciones de inspección y control necesarias para el eficaz cumplimiento de esta Ley. Por último, se regula el régimen sancionador de las infracciones, respetando los principios de legalidad, tipicidad y proporcionalidad.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

El objeto de la presente Ley es establecer los criterios que permitan una adecuada coordinación de las entidades e instituciones que actúan en el campo de las drogodependencias y regular el conjunto de acciones dirigidas a la prevención de las mismas, a la asistencia y reinserción social de los drogodependientes y a la formación e investigación en dicho campo.

Artículo 2. *Definiciones.*

1. Se consideran drogas, a los efectos de esta Ley, aquellas sustancias que, administradas al organismo, son capaces de alterar de alguna manera el sistema nervioso central de un individuo y pueden generar dependencia, sea física, psíquica o ambas.

Especialmente tienen esta consideración:

a) Los estupefacientes y psicótropos, entendiendo por tales las sustancias o preparados sometidos a fiscalización o control en virtud de las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado español.

b) Las bebidas alcohólicas con una graduación superior al uno por ciento de su volumen.

c) El tabaco.

d) Los productos de uso industrial o doméstico capaces de producir los efectos anteriormente descritos.

2. En el marco de la presente Ley, se entiende por:

a) Drogodependencia: Estado psíquico, y en ocasiones también físico, debido a la interacción entre un organismo vivo y una sustancia química, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones entre las que siempre se encuentra una pulsión a consumir la sustancia de forma continua o periódica con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, evitar el malestar por su abstinencia.

b) Abuso o uso indebido de drogas: Consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con ese consumo. Puede implicar intoxicaciones o provocar situaciones que impliquen para la persona riesgo físico, psíquico o social.

Las intervenciones en drogodependencias contempladas en la presente Ley deben entenderse referidas también a intervenciones sobre abuso o uso indebido de drogas.

c) Prevención: Entramado dinámico de estrategias dirigidas a modificar actos personales, sociales y culturales que pudieran ser favorecedores de consumos inadecuados de drogas.

Estas estrategias tendrán como objeto reducir la demanda y consumo de drogas, reducir o limitar la oferta de drogas en la sociedad y reducir las consecuencias que de su consumo puedan derivarse.

d) Desintoxicación: Conjunto de medidas terapéuticas encaminadas a la interrupción del consumo continuado de una sustancia de abuso.

e) Deshabituación: Proceso de rehabilitación encaminado a la eliminación de una conducta drogodependiente, actuando fundamentalmente sobre los factores que originaron esta drogodependencia.

f) Reinserción social: Proceso orientado a la integración plena de la persona en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Las actuaciones que en materia de drogodependencias se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Aragón responderán a los siguientes principios rectores:

a) La consideración de las drogodependencias y del abuso o uso indebido de drogas como problemas de salud con repercusiones en la esfera biológica, psicológica y social, así como en el entorno familiar o de convivencia de las personas.

b) La promoción de hábitos saludables que favorezcan una cultura de la salud y la solidaridad y apoyo a las personas con problemas de drogodependencias.

c) La prioridad de las intervenciones cuyo objetivo sea la prevención del consumo de drogas o de los problemas que de él puedan derivarse.

d) La integración de las actuaciones en materia de drogodependencias en los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.

e) La responsabilidad de las Administraciones públicas en el desarrollo, la coordinación de las intervenciones y la participación activa de la comunidad en el diseño de las actuaciones.

f) La modificación de las actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a las drogodependencias, generando una conciencia solidaria frente a este problema.

TÍTULO I

Prevención de drogodependencias

CAPÍTULO I

Objetivos generales

Artículo 4. *Objetivos generales.*

Corresponde a las Administraciones públicas, en el ejercicio de sus competencias, la promoción, desarrollo, fomento, coordinación, control y evaluación de los programas y actuaciones tendentes a:

a) Informar a la población sobre las sustancias que pueden generar dependencia, sus efectos y los riesgos y consecuencias derivados del uso y abuso de las mismas, así como facilitar la comprensión del fenómeno de las drogas.
b) Educar para la salud, potenciando hábitos saludables frente a las actitudes favorecedoras del consumo de drogas, y formar a los profesionales en este campo.
c) Reducir el interés social y la demanda de drogas, trabajando sobre el desarrollo de las competencias y capacidades personales.
d) Intervenir sobre las condiciones socioculturales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia.
e) Adoptar medidas que minimicen los riesgos para la salud que se derivan del consumo de drogas.
f) Regular y limitar la presencia, promoción y venta de drogas en el medio social.
g) Facilitar, en su caso, la integración de los drogodependientes mediante políticas activas de reinserción social, haciendo especial hincapié en la formación continuada.
h) Fomentar la coordinación entre los recursos comunitarios y las redes sociales, apoyando su organización y desarrollo.
i) Educar en el consumo responsable de sustancias que, si bien quedan englobadas en la definición de drogas, no son perjudiciales en su consumo moderado.

CAPÍTULO II

Prevención a través de medidas para la reducción de la demanda de drogas

Artículo 5. *Información.*

El Gobierno de Aragón, a través del órgano competente por razón de la materia, realizará las siguientes actuaciones de carácter informativo para la prevención de las drogodependencias:

a) Promoverá el desarrollo de campañas informativas sobre los efectos del consumo de drogas, con el objetivo de modificar actitudes y hábitos relacionados con el mismo, y facilitará el acceso de la población a la información sobre los recursos de intervención existentes.
b) Mantendrá los sistemas apropiados de información y de vigilancia epidemiológica para la detección de tendencias, hábitos, circunstancias en las que se producen y consecuencias del consumo de drogas, a fin de facilitar una adecuada planificación de la prevención de drogodependencias.
c) Facilitará información actualizada a los usuarios y profesionales de las áreas sanitaria, de servicios sociales, educativa y laboral, así como de los sectores comerciales, sobre las sustancias capaces de producir dependencia.
d) Promoverá, en el ámbito laboral, actividades formativas e informativas acerca de los efectos del consumo de drogas, con destino a trabajadores, representantes sindicales y empresarios.

Artículo 6. *Investigación.*

El Gobierno de Aragón promoverá la realización de los estudios y proyectos de investigación que considere necesarios sobre el fenómeno de las drogodependencias.

Artículo 7. *Educación para la salud.*

El Gobierno de Aragón realizará las siguientes actuaciones en materia de educación para la salud:

1. Promoverá la incorporación de programas de educación para la salud en los ámbitos educativo y comunitario, y fomentará la participación de los agentes educativos y comunitarios en la elaboración y desarrollo de los programas de prevención de drogodependencias.

Estos programas darán prioridad al trabajo preventivo con las familias multiproblemáticas.

2. Impulsará, en colaboración con los organismos competentes y aquellas entidades sociales con experiencia en materias de salud y educación, la incorporación de la educación para la salud en el diseño curricular de los centros escolares. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para apoyar la incorporación de la educación para la salud en los programas de estudio universitarios, y, concretamente, de todos los contenidos necesarios para una formación adecuada sobre los distintos aspectos de las drogodependencias y para la formación de especialistas.

3. Colaborará con las entidades locales para la elaboración de planes municipales de prevención de las drogodependencias, desde la perspectiva de la promoción de la salud, que cuenten con la participación de los agentes comunitarios de las mismas.

4. Impulsará las iniciativas de otras entidades o colectivos sociales en materia de educación para la salud.

5. Determinará los programas a realizar para la formación interdisciplinar de aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias. Para ello contará con las entidades de iniciativa social con experiencia en este campo, reconocidas por el Gobierno de Aragón.

Artículo 8. *Intervención sobre las condiciones sociales.*

1. Se considerarán de interés preferente y deberán ser potenciadas dentro de los programas existentes las actuaciones de los servicios sociales destinadas a intervenir sobre las condiciones y circunstancias sociales, económicas y culturales asociadas a la aparición de problemas de drogodependencias, especialmente aquéllas destinadas a mejorar las condiciones de vida y superar los factores personales y familiares de marginación que inciden en el consumo de algunas drogas.

2. Las Administraciones públicas de la Comunidad Autónoma, en el ámbito de sus respectivas competencias, deberán impulsar actuaciones orientadas a favorecer la vida asociativa de los colectivos sociales de riesgo y prestar especial atención a menores y jóvenes, como sujetos activos con capacidad para modificar su propio medio personal y social, mediante la promoción del asociacionismo juvenil y su participación en programas de ocupación, de ocio, deportivos y culturales.

Asimismo, deberán promover entre los jóvenes alternativas de formación profesional, primer empleo y autoempleo, e involucrar al entorno familiar o de convivencia con el fin de garantizar una adecuada integración.

CAPÍTULO III

Prevención a través de medidas para la reducción de la oferta

Sección 1.ª Limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 9. *Condiciones de la publicidad.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en la legislación estatal sobre publicidad en el ámbito de su competencia, la publicidad y promoción, tanto directa como indirecta, de bebidas alcohólicas y tabaco deberá respetar en todo caso las siguientes limitaciones:

a) No está permitida la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco dirigida específicamente a menores de 18 años. No se utilizarán argumentos dirigidos a menores de edad, quienes no podrán protagonizar anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas o de tabaco ni figurar en ellos.

b) Quedan prohibidos los anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco en publicaciones juveniles que se editen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como desde los centros emisores de la Comunidad Autónoma, tanto de televisión como de radio, en programas de contenido específicamente pedagógico o que vayan dirigidos exclusiva o preferentemente a menores de 18 años.

c) No podrá realizarse patrocinio, financiación o publicidad de actividades deportivas, culturales o de cualquier otro tipo dirigidas fundamentalmente a menores de 18 años por parte de personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación o la venta de bebidas alcohólicas o tabaco, si ello lleva implícita la aparición de dicho patrocinio o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionados con las bebidas alcohólicas o tabaco.

d) No está permitido que los mensajes publicitarios de bebidas alcohólicas o tabaco se asocien a una mejora del rendimiento físico o psíquico, a la conducción de vehículos, al manejo de armas, al éxito social o sexual y a efectos terapéuticos. Asimismo, queda prohibido ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad.

2. Las prohibiciones contenidas en este capítulo se extienden a todo tipo de publicidad, directa o indirecta, incluyendo la publicidad de objetos o productos que, por su denominación, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa, pueda suponer una publicidad encubierta de bebidas alcohólicas o tabaco.

Artículo 10. *Prohibiciones.*

Se prohíbe expresamente la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas y tabaco en:

a) Centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y de atención social.

b) Centros docentes, incluidos los de enseñanza deportiva.

c) Salas de cine, teatro o espectáculos e instalaciones deportivas, cuando su programación vaya dirigida a menores de 18 años.

d) Medios de transporte público.

e) Lugares donde esté prohibida su venta y consumo.

Artículo 11. *Promoción.*

1. Las actividades de promoción de bebidas alcohólicas y tabaco en ferias, certámenes, exposiciones, muestras o actividades similares, cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas, se realizarán, siempre que sea posible, en espacios diferenciados y separados. En ellas no estará permitido ni el ofrecimiento ni la degustación gratuita a menores de 18 años.

2. En las visitas a centros de producción, elaboración y distribución de bebidas alcohólicas o de tabaco no podrán ofrecerse los productos a los menores de edad.

Sección 2.ª Limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 12. *Prohibiciones.*

1. Se prohíbe la venta y suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.
2. Se prohíbe estar bajo la influencia de bebidas alcohólicas, mientras se está de servicio o en disposición de prestarlo, a los conductores de vehículos de servicio público, al personal sanitario y, en general, a todos los profesionales cuya actividad, de realizarse bajo la influencia de bebidas alcohólicas, pudiera causar un daño contra la vida o integridad física de las personas.
3. La venta o el suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas automáticas sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados, y siempre a la vista de una persona responsable del establecimiento, que responderá del cumplimiento de la citada prohibición. En la superficie frontal de estas máquinas, en lugar visible, se hará constar la prohibición que tienen los menores de 18 años de consumir bebidas alcohólicas.
4. En todos los establecimientos, instalaciones o lugares donde se suministren, vendan o dispensen bebidas alcohólicas deberán colocarse, de forma visible al público y en las inmediaciones de estos productos, carteles que adviertan de la prohibición establecida.
5. Las características de la señalización a la que se refieren los dos apartados anteriores se determinarán reglamentariamente.
6. No se permitirá la venta ni el consumo de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

a) Los centros y dependencias de la Administración pública, salvo en los lugares expresamente habilitados al efecto en razón de su significación turística y/o cultural, y en los demás espacios habilitados siempre que en éstos se trate de bebidas alcohólicas de menos de 18 grados.
b) Los centros sanitarios y sociosanitarios.
c) Los centros docentes no universitarios.
d) Los centros de atención o esparcimiento de menores.
e) Las áreas de servicio y descanso en autovías y autopistas, así como las gasolineras, salvo que se trate de bebidas de menos de 18 grados.

7. Las corporaciones locales establecerán en sus correspondientes ordenanzas municipales los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de venta y suministro de bebidas alcohólicas, así como su venta y consumo en la vía pública. Dichas corporaciones serán responsables de su cumplimiento dentro de su ámbito territorial.

Sección 3.ª Limitaciones a la venta y consumo de tabaco

Artículo 13. *Limitaciones a la venta.*

1. Se prohíbe la venta y suministro de tabaco, de sus productos, labores o imitaciones que introduzcan el hábito de fumar a personas menores de 18 años en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón.
2. En todos los establecimientos donde se venda o suministre tabaco o sus labores, deberá colocarse, de forma visible al público y en las inmediaciones de estos productos, carteles que adviertan de la prohibición establecida.
3. Se prohíbe la venta y el suministro de tabaco a través de máquinas automáticas, a no ser que se encuentren en establecimientos cerrados y siempre a la vista de una persona responsable del establecimiento, que responderá del cumplimiento de la citada prohibición. En la superficie frontal de estas máquinas, en lugar visible, se hará constar la prohibición que tienen los menores de 18 años de adquirir tabaco.
4. Las características de la señalización a la que se refieren los dos apartados anteriores se determinarán reglamentariamente.
5. Se prohíbe la venta y suministro de tabaco en los siguientes lugares:

a) Los centros y dependencias de la Administración pública.
b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales, y sus dependencias.

c) Los centros docentes.
d) Los centros e instalaciones deportivos.
e) Los centros de atención o esparcimiento de menores.
f) La vía pública.

Artículo 14. *Limitaciones al consumo.*

1. Está prohibido fumar en:

a) Los centros, servicios o establecimientos sanitarios y sociosanitarios, salvo en aquellas zonas que expresamente se habiliten al efecto, que en todo caso serán independientes para los usuarios de los servicios y visitantes, y para el personal del centro, servicio o establecimiento.
b) Los centros de servicios sociales, salvo en aquellas zonas que expresamente se habiliten al efecto.
c) Los centros de atención social destinados a menores de 18 años.
d) Los espacios cerrados de esparcimiento y ocio para uso infantil y juvenil.
e) Los centros docentes no universitarios.
f) Los centros universitarios o de enseñanza dirigida a mayores de edad, salvo en las zonas expresamente habilitadas al efecto.
g) Los centros e instalaciones deportivas cerrados.
h) Las salas de uso público general destinadas a lectura, biblioteca, conferencias, exposiciones, museos o similares.
i) Las salas de teatro, cine y otros espectáculos públicos en locales cerrados.
j) Las oficinas y dependencias laborales de la Administración pública, y todas las destinadas a la atención directa al público, salvo en aquellas zonas expresamente habilitadas al efecto.
k) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.
l) Los centros comerciales cerrados y entidades financieras, salvo en las zonas especialmente reservadas y señalizadas al efecto por la dirección de los mismos, que en ningún caso podrán ser zonas destinadas a la venta.
m) Los lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.
n) Las salas de espera de accesos de embarque en estaciones de autobuses, trenes o aeropuertos, salvo en aquellas zonas que expresamente se habiliten al efecto.
ñ) Cualquier medio de transporte colectivo, urbano e interurbano, en trayectos que recorran exclusivamente el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón.
o) Los vehículos de transporte escolar y todos los destinados total o parcialmente al transporte de menores de 18 años o de enfermos.
p) Los locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto aquellos que estén destinados principalmente al consumo de los mismos, donde se diferenciarán los espacios destinados a fumadores y no fumadores. En todo caso, se mantendrá la prohibición de fumar a los manipuladores de alimentos.
q) Los ascensores y otros recintos pequeños de escasa ventilación, destinados al uso de varias personas, tanto en instalaciones públicas como privadas.
r) Los lugares similares a los mencionados en este apartado que se determinen legalmente.

2. Se consideran zonas habilitadas para fumadores aquellas que cumplan los siguientes requisitos:

a) Estar nítidamente separadas y contar con sistemas de ventilación adecuados.
b) No estar ubicadas en zonas de paso obligado para no fumadores o salas de espera.
c) Encontrarse su ubicación claramente señalizada.

3. En el caso de que no pudieran cumplirse los anteriores requisitos, se entenderá que todo el local deberá ser libre de humos.

Artículo 15. *Señalización.*

En todos los lugares, locales o zonas aludidas en el artículo anterior estará visible y convenientemente señalizada la prohibición de fumar.

Artículo 16. *Preferencia del derecho de los no fumadores.*

El derecho a la salud de los no fumadores prevalecerá sobre el derecho a fumar en aquellas circunstancias en las que aquél pueda verse afectado por el consumo de tabaco.

Sección 4.ª Control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas

Artículo 17. *Estupefacientes y sustancias psicotrópicas.*

1. La Administración sanitaria, en el marco de la legislación vigente, prestará especial atención al control e inspección de sustancias y productos estupefacientes, psicotrópicos, precursores y de síntesis desde su producción hasta la distribución y dispensación.
2. La creación y funcionamiento de los centros de distribución y dispensación se someterán a autorización administrativa previa, correspondiendo su inspección y control a la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma.
3. El Gobierno de Aragón, a través del órgano competente por razón de la materia, proporcionará información actualizada a las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios sobre la utilización, en la Comunidad Autónoma de Aragón, de las sustancias y los productos a los que se refiere el apartado 1 de este artículo y de aquellos otros capaces de producir dependencia.

Artículo 18. *Otras sustancias.*

1. El Gobierno de Aragón, en el marco de sus competencias, regulará las condiciones y presentación a la venta de sustancias y productos comerciales que puedan producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia.
2. No se permitirá el suministro y venta a menores de 18 años de sustancias o productos industriales de venta autorizada que tengan algún elemento psicoactivo que pueda producir efectos nocivos para la salud o crear dependencia.
3. El Gobierno de Aragón determinará reglamentariamente la relación de sustancias a que se refiere el apartado anterior.

TÍTULO II

Asistencia y reinserción social

CAPÍTULO I

Objetivos generales y criterios de actuación

Artículo 19. *Objetivos generales.*

Las acciones que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de Aragón dirigidas a la atención a drogodependientes tendrán por finalidad:

a) Garantizar la asistencia física, psíquica, social y familiar a las personas afectadas por el abuso y dependencia de las drogas en condiciones de equidad con otros problemas de salud, asegurando la calidad y eficacia de los servicios.
b) Asegurar la calidad, eficacia y coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.
c) Reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas al consumo de drogas, mejorando los niveles de salud física, psíquica y social de las personas atendidas en los dispositivos asistenciales.
d) Establecer programas de actuación que fomenten la demanda asistencial de las personas afectadas por abuso o dependencia de drogas, a fin de facilitar su deshabituación y reinserción social en su caso.

e) Desarrollar programas encaminados a la reducción del daño por la drogodependencia, especialmente aquéllos dirigidos a prevenir la difusión de enfermedades infectocontagiosas.

f) Facilitar el acceso de los drogodependientes a los recursos sociales normalizados. Para ello se propiciará el desarrollo de programas específicos dirigidos a alcanzar su integración social y se potenciarán, especialmente, los recursos educativos y laborales que faciliten esta integración.

g) Mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente.

h) Estimular la implicación activa y solidaria de la comunidad en el proceso asistencial y de integración social del drogodependiente.

Artículo 20. *Criterios de actuación.*

1. Los servicios que realicen la atención a drogodependientes en la Comunidad Autónoma de Aragón actuarán según los siguientes criterios:

a) La atención a los problemas de salud de los drogodependientes se realizará preferentemente en el ámbito comunitario, considerando la mayor proximidad posible al entorno sociofamiliar, y con criterios de equidad en la distribución territorial de los programas.

b) La atención a los drogodependientes quedará garantizada, con carácter de gratuidad, en cualesquiera de los niveles de atención de la red pública sociosanitaria.

c) La oferta deberá ser accesible y diversificada, profesionalizada e interdisciplinar, estará basada en programas individualizados, con vocación a la deshabituación y reinserción social, y prestará especial atención a los colectivos más vulnerables, en particular a los adolescentes.

d) Se procederá a la inspección y control periódico de centros, establecimientos y otros servicios de atención al drogodependiente.

e) Se garantizarán los derechos del usuario en los servicios de atención, asegurando la confidencialidad, el acceso a la oferta terapéutica más adecuada y la voluntariedad para iniciar y cesar el proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.

f) La red de servicios sociales y otros recursos comunitarios normalizados velará, en coordinación con los recursos específicos, por la adecuada reinserción del drogodependiente en su entorno y comunidad, y adoptará, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades.

g) La oferta asistencial en centros específicos de atención a drogodependientes incluirá la posibilidad de tratamiento en régimen residencial.

h) La formación y capacitación sociolaboral de los drogodependientes será objeto de una especial atención, y se realizará en los propios centros asistenciales cuando así lo requiera el caso.

i) La atención al drogodependiente y a sus familiares se realizará preferentemente a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social de Aragón, incrementando sus recursos en función de las necesidades de la población e incorporando, cuando sea necesario, las iniciativas sociales sin ánimo de lucro que cumplan los objetivos y criterios de actuación del Plan autonómico sobre drogas, con objeto de completar y diversificar los programas terapéuticos.

j) En aquellos casos en los que la reinserción no pueda ser efectiva a través de los recursos normalizados de la sociedad podrán establecerse programas de reinserción individualizados.

k) En los procesos de reinserción se fomentará la participación activa de toda la comunidad.

l) Se incorporará la perspectiva de las mujeres en la asistencia sanitaria en función de la diferente problemática que plantee este colectivo de personas drogodependientes.

2. La Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón impulsará el desarrollo de programas de reinserción a través de los programas municipales o comarcales de drogodependencias, servicios sociales de base y otros recursos de inserción sociolaboral, y participará en él.

CAPÍTULO II

Organización de la atención

Artículo 21. *Organización de la atención.*

1. Los recursos públicos para la asistencia e incorporación social de las personas drogodependientes en nuestra Comunidad Autónoma estarán integrados en las redes generales asistenciales sociosanitarias, atendiendo a criterios de normalización y coordinación.

2. La atención a las drogodependencias se conformará por dos niveles de atención:

A) Primer nivel, formado por:

a) Equipos de atención primaria de salud.
b) Servicios sociales de base.
c) Servicios municipales de drogodependencias.
d) Asociaciones de apoyo o ayuda a los drogodependientes.
e) Servicios de prevención de riesgos laborales.

B) Segundo nivel, formado por:

a) Centros de salud mental.
b) Unidades de desintoxicación en hospitales.
c) Comunidades terapéuticas.
d) Recursos de régimen intermedio, tales como centros de día, pisos de acogida o talleres ocupacionales terapéuticos.
e) Otros centros y servicios específicos de atención a las drogodependencias, legalmente constituidos en nuestra Comunidad Autónoma.

3. El Gobierno de Aragón establecerá reglamentariamente las funciones específicas de estos dos niveles de atención dentro de su ámbito competencial. Esta reglamentación tendrá en cuenta la especificidad de los diversos centros, servicios, recursos y asociaciones debidamente acreditados.

Artículo 22. *Los centros de atención a las drogodependencias.*

1. La regulación de los centros de atención a las drogodependencias se establecerá reglamentariamente.

2. Estos centros contarán, al menos, con:

a) Libro de registro, tanto en soporte informático como en papel, supervisado por el departamento competente en esta materia.
b) Personal técnico cualificado en las áreas sanitaria, social, psicológica y laboral, que será definido reglamentariamente atendiendo al tipo de centro de que se trate.
c) Programa terapéutico temporalizado.
d) Libro de reclamaciones a disposición de los drogodependientes y de sus familiares.

3. Los centros de carácter privado, además de lo establecido en la presente Ley, deberán contar con el régimen de precios de los diferentes servicios.

Artículo 23. *Centros de venopunción.*

La Comunidad Autónoma impulsará la creación de centros de venopunción o puntos limpios de inyección, y pondrá en marcha aquellas experiencias nuevas en materia asistencial que estén avaladas por la comunidad sanitaria.

CAPÍTULO III

Ámbitos judicial, penitenciario y laboral

Artículo 24. *Ámbitos judicial y penitenciario.*

El Gobierno de Aragón, a través del órgano competente en razón de la materia, llevará a cabo las siguientes actuaciones:

a) Colaborará con los servicios sanitarios y sociales del sistema penitenciario para la puesta en marcha de programas de atención a internos drogodependientes, así como en programas de intervención en los centros penitenciarios orientados a la deshabituación y reinserción, y facilitará la atención a dichos internos desde las estructuras de la red de atención sociosanitaria a las drogodependencias.

b) Cooperará con el sistema penitenciario en programas de promoción de la salud en los centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma.

c) Dispondrá, a través de los recursos acreditados, alternativas para las demandas de cumplimiento de medidas de seguridad, suspensión de la ejecución de la pena o cumplimiento de la misma, formuladas por las Administraciones de Justicia o Penitenciaria, y creará los recursos necesarios para el establecimiento de medidas alternativas a la privación de libertad cuando el penado refiera adicción a sustancias estupefacientes.

d) Facilitará el cumplimiento, en el lugar de origen, de las penas impuestas a las personas a las que se refiere el inciso final del apartado anterior.

e) Establecerá, en colaboración con la Administración de Justicia, programas de asesoramiento jurídico y social que faciliten la reinserción de las personas drogodependientes detenidas.

f) Promoverá convenios de colaboración con las Administraciones de Justicia y Penitenciaria para el desarrollo de lo dispuesto en los apartados anteriores.

g) Promoverá convenios plurianuales y conciertos de colaboración con instituciones y entidades sociales sin ánimo de lucro implicadas en la prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias dentro del ámbito de las instituciones penitenciarias.

Artículo 25. *Ámbito laboral.*

1. El Gobierno de Aragón, en el ámbito de sus competencias, llevará a cabo las siguientes iniciativas:

a) En el marco de la legislación sobre prevención de riesgos laborales, pondrá los medios necesarios para que las drogodependencias o los problemas de salud derivados del consumo de drogas no sean causa de discriminación en el medio laboral.

b) Promoverá la realización de evaluación de riesgos en relación con el puesto de trabajo cuando se detecten problemas por consumo de drogas, de forma que permita el desarrollo de planes globales de intervención en la empresa.

c) Facilitará, desde el medio laboral, el acceso de los drogodependientes a los servicios especializados en su atención.

d) Fomentará acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales tendentes a la reserva del puesto de trabajo de las personas drogodependientes durante su proceso de rehabilitación y al desistimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en casos de problemas derivados del abuso de drogas.

e) Impulsará programas de prevención dirigidos a trabajadores con problemas de consumo de drogas en el ámbito laboral, especialmente de alcohol y tabaco, tendentes a una mejora de la salud y calidad de vida.

Asimismo, promoverá acuerdos de colaboración con las organizaciones sindicales y empresariales para el desarrollo de estos programas, en el que participarán de forma prioritaria los comités de seguridad y salud.

2. En los centros, establecimientos y servicios dependientes de las Administraciones públicas aragonesas se reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. En todo caso, se garantizará el acceso al tratamiento en aquellos casos en que deba realizarse en horario laboral.

TÍTULO III

Organización y participación social

CAPÍTULO I

Competencias de las Administraciones públicas

Artículo 26. *Competencias del Gobierno de Aragón.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de Aragón:

a) La planificación general y la evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de la presente Ley.

b) La coordinación y ordenación de las funciones, actuaciones y servicios que en materia de drogodependencias tengan que desarrollar las distintas Administraciones e instituciones públicas o privadas de la Comunidad Autónoma de Aragón.

c) El establecimiento de un sistema centralizado de información sobre drogodependencias que permita el seguimiento y evaluación continua del consumo de drogas y de los problemas asociados, garantizando el derecho a la confidencialidad de los datos que se registren.

d) La aprobación de la normativa sobre autorización, acreditación, registro e inspección de centros, programas o servicios que desarrollen actividades y acciones de intervención en materia de consumo de drogas o problemas asociados a él.

e) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta Ley.

f) La promoción de programas interdisciplinares de formación dirigidos al personal sanitario, de servicios sociales y educativo, así como a cualquier otro cuya actividad profesional se relacione directa o indirectamente con las drogodependencias. Para ello, además de sus propios recursos, contarán con el apoyo de otras Administraciones públicas y de las iniciativas sociales o asociaciones que articulen proyectos de formación.

g) La adopción, en colaboración con otras Administraciones públicas, de todas aquellas medidas que sean precisas para asegurar el buen desarrollo de esta Ley.

h) El asesoramiento a las corporaciones locales en la elaboración de sus planes y programas relacionados con las drogodependencias.

Artículo 27. *Competencias de las corporaciones locales.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a las corporaciones locales de la Comunidad Autónoma de Aragón:

a) La dirección de aquellos programas propios relacionados con las drogodependencias que se desarrollen en su ámbito territorial y la coordinación con otros programas.

b) La elaboración, aprobación y ejecución del plan municipal o comarcal, en su caso, sobre drogodependencias, elaborado de conformidad con los criterios establecidos por la presente Ley y por el Plan autonómico sobre drogas.

c) El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones privadas que, sin ánimo de lucro, desarrollen actuaciones previstas en el plan municipal o comarcal sobre drogodependencias.

d) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta Ley.

e) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

CAPÍTULO II

Plan autonómico sobre drogas

Artículo 28. *Naturaleza y características.*

1. El Plan autonómico sobre drogas es el instrumento básico para la planificación, ordenación y coordinación de los recursos, objetivos y actuaciones que, en materia de drogodependencias, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón.
2. El Plan será vinculante para todas las Administraciones públicas e instituciones privadas que desarrollen actuaciones en materia de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón.
3. Este Plan se fundamentará en la prevención, que se configura como el eje fundamental para articular su estrategia, y tomará como marco de referencia el denominado Plan Nacional sobre Drogas.

Artículo 29. *Contenido del Plan autonómico sobre drogas.*

El Plan autonómico sobre drogas contemplará en su redacción, al menos, los siguientes extremos:

a) Análisis de la situación y aproximación epidemiológica al consumo de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón.
b) Objetivos generales y específicos por áreas de intervención y actividades para su consecución.
c) Criterios básicos de actuación.
d) Programas y calendario de actuaciones.
e) Ordenación de los recursos asistenciales y descripción de sus funciones.
f) Mecanismos de coordinación entre las distintas Administraciones públicas, entidades e instituciones privadas que desarrollen actuaciones en materia de drogas.
g) Indicadores de seguimiento, control y evaluación.

Artículo 30. *Elaboración y aprobación del Plan autonómico sobre drogas.*

1. La elaboración del Plan autonómico sobre drogas corresponde al Gobierno de Aragón, a través del órgano competente por razón de la materia, que procederá a su redacción de conformidad con las directrices que hayan sido establecidas en esta materia por el Gobierno de Aragón.
2. En la elaboración del Plan autonómico sobre drogas se tendrán en cuenta las propuestas y consideraciones formuladas por el Consejo Asesor en Drogodependencias y la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias.
3. El Plan autonómico sobre drogas será aprobado por el Gobierno de Aragón, a propuesta del Departamento competente por razón de la materia.

CAPÍTULO III

Coordinación institucional

Artículo 31. *Comisión interdepartamental de drogodependencias.*

Se constituirá la Comisión interdepartamental de drogodependencias como órgano de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón adscrito al Departamento competente en materia de sanidad, y en cuya composición estarán representados los diferentes Departamentos implicados.

Sus características, composición y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

CAPÍTULO IV

Participación social

Artículo 32. *Consejo Asesor en Drogodependencias.*

Se constituirá el Consejo Asesor en Drogodependencias como un órgano colegiado de carácter consultivo, adscrito al Departamento competente en materia de sanidad, donde estarán representadas las Administraciones públicas y organizaciones no gubernamentales que trabajen en aspectos relacionados con esta Ley, con el objetivo de promover la participación de la comunidad y favorecer la coordinación y racionalización en la utilización de los recursos.

Sus características, composición y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 33. *Iniciativa social.*

Las Administraciones públicas de la Comunidad Autónoma de Aragón fomentarán la participación del voluntariado social y apoyarán las iniciativas sociales que tengan por objetivo el desarrollo de actividades y programas en materia de drogodependencias.

Para ello, podrán suscribir convenios plurianuales y conciertos con instituciones privadas o entidades de iniciativa social, legalmente constituidas y debidamente acreditadas y registradas, en los términos previstos en la normativa vigente en materia de servicios y establecimientos sociales y sociosanitarios, siempre que cumplan los criterios de actuación y de calidad y los objetivos del Plan autonómico sobre drogas.

TÍTULO IV

Financiación, inspección y régimen sancionador

CAPÍTULO I

Financiación e inspección

Artículo 34. *Financiación.*

1. El Gobierno de Aragón incluirá cada año en los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón la dotación suficiente para el desarrollo de las acciones previstas en esta Ley.

2. Asimismo, aquellas corporaciones locales que desarrollen actividades en materia de drogodependencias incluirán en sus respectivos presupuestos la dotación que garantice la realización de dichas actividades.

3. Los ingresos que se produzcan por la imposición de sanciones tipificadas en esta Ley generarán créditos por la misma cuantía en las correspondientes dotaciones presupuestarias a las que se refieren los apartados anteriores de este artículo.

Artículo 35. *Condiciones de financiación.*

Las corporaciones locales que deseen obtener financiación de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Aragón para el desarrollo de actuaciones de su competencia en materia de drogas estarán obligadas a disponer de un plan municipal o comarcal, en su caso, sobre drogas convenientemente aprobado y a consolidar en sus respectivos presupuestos los créditos específicos destinados a tal finalidad.

Artículo 36. *Funciones de inspección y control.*

1. Las autoridades y los agentes inspectores a los que, debidamente acreditados, se les encomiende velar por el cumplimiento de esta Ley llevarán a cabo cometidos de inspección y control.

2. Efectuadas las comprobaciones oportunas, dichas autoridades y agentes levantarán actas de inspección que gozarán de la presunción de veracidad.

3. Los titulares de las entidades, establecimientos, empresas o servicios están obligados a permitir a los agentes de inspección el acceso a las instalaciones y a facilitarles la información y los documentos, libros o datos que les sean requeridos. La obstrucción a las funciones de inspección será sancionada con arreglo a la presente Ley.

4. Las personas relacionadas en el apartado 2 del artículo 12 de la presente Ley están obligadas a someterse a los controles pertinentes para la determinación de los niveles de alcohol en sangre por parte de los agentes inspectores.

5. En el ejercicio de sus funciones, los agentes de inspección podrán recabar el auxilio de la autoridad competente.

CAPÍTULO II

Disposiciones generales sobre régimen sancionador

Artículo 37. *Disposiciones generales.*

Serán sujetos responsables de las infracciones las personas físicas o jurídicas titulares de las entidades, establecimientos, empresas o servicios donde se compruebe la infracción.

Artículo 38. *Órganos competentes.*

Los órganos competentes para imponer sanciones y los límites máximos de las mismas son los siguientes:

a) Los alcaldes, en los municipios que no excedan de los 5.000 habitantes, hasta un máximo de 100.000 pesetas; en los municipios de población superior a 5.000 habitantes e inferior a 50.000, hasta un máximo de 500.000 pesetas; en los municipios que excedan de 50.000 habitantes, hasta 2.500.000 pesetas.

b) Los directores de los Servicios Provinciales de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, hasta 2.000.000 de pesetas.

c) El Director general de Ordenación, Planificación y Evaluación, de 2.000.001 a 5.000.000 de pesetas.

d) El Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, de 5.000.001 a 35.000.000 de pesetas.

e) El Gobierno de Aragón, de 35.000.001 a 100.000.000 de pesetas.

Artículo 39. *Procedimiento.*

1. Las infracciones de los preceptos de la presente Ley serán objeto de las correspondientes sanciones administrativas, previa instrucción del oportuno expediente y sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que puedan concurrir.

2. El procedimiento para la imposición de sanciones será determinado reglamentariamente y se regirá por las disposiciones y principios generales contenidos en las leyes de procedimiento administrativo común y de la Comunidad Autónoma de Aragón.

3. La instrucción de causa penal ante los Tribunales de Justicia suspenderá la tramitación del expediente administrativo sancionador que hubiera sido incoado por los mismos hechos y, en su caso, la eficacia de los actos administrativos de imposición de sanción.

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.

5. En ningún caso se impondrá doble sanción por los mismos hechos y en función de los mismos intereses públicos protegidos, si bien podrán exigirse otras responsabilidades que se deduzcan de hechos o infracciones concurrentes.

6. Los órganos administrativos a los que corresponda ejercer competencias en materia sanitaria deberán poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que pudieran ser constitutivos de delito o falta.

Artículo 40. *Prescripción de las infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones a que se refiere la presente Ley calificadas como leves prescribirán al año; las graves, a los dos años, y las muy graves, a los cinco años. El plazo de prescripción empezará a contar desde el día en que se haya cometido la infracción y se interrumpirá con la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador.

2. Asimismo, las sanciones calificadas como leves prescribirán al año; las graves, a los dos años, y las muy graves, a los cinco años. El plazo de prescripción de las sanciones empezará a contar desde el día siguiente a aquél en que adquiera firmeza la resolución imponiendo la sanción.

CAPÍTULO III

Infracciones

Artículo 41. *Clasificación y tipificación.*

Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves.

1. Constituyen infracciones leves:

a) El incumplimiento de la prohibición de consumo de tabaco contenida en el artículo 14.

b) El incumplimiento de las obligaciones de carácter formal o de señalización externa establecidas en la presente Ley.

c) El mero retraso en el cumplimiento de las obligaciones de información, comunicación o comparecencia a requerimiento de la autoridad competente.

d) Cualquier otro incumplimiento de lo previsto en la presente Ley que no se tipifique como infracción grave o muy grave.

2. Constituyen infracciones graves:

a) La reincidencia en la comisión de infracciones leves.

b) El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 9, 10 y 11 sobre limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco, así como la contravención de lo dispuesto sobre venta y suministro de bebidas alcohólicas y tabaco en el artículo 12, apartados 1, 2, 3 y 6, y en el artículo 13.

c) La negativa a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección y el falseamiento de la información facilitada.

d) El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones que determina la presente Ley si, de acuerdo con los criterios fijados en este artículo, debe calificarse como infracción grave y no ha sido calificada como muy grave.

3. Constituyen infracciones muy graves:

a) La reincidencia en la comisión de infracciones graves.

b) La coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión que se ejerza sobre las autoridades sanitarias o sus agentes en actividades de control e inspección.

c) Las infracciones que produzcan un grave perjuicio para la salud pública.

d) El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones que determina la presente Ley si, de acuerdo con los criterios fijados en este artículo, debe calificarse como infracción muy grave, en especial si producen alteración o riesgo sanitario de trascendencia directa para la población.

Artículo 42. *Definición de reincidencia.*

La imposición al infractor de una sanción por la misma infracción, o por otra de gravedad igual o mayor, o por dos o más infracciones de gravedad inferior, durante los dos últimos años computados desde la comisión de la infracción, será considerada reincidencia.

CAPÍTULO IV

Sanciones

Artículo 43. *Graduación.*

1. Las infracciones señaladas en la presente Ley serán sancionadas aplicando una graduación mínima, media y máxima a cada tipo de infracción, en función de criterios de riesgo para la salud, grado de incidencia en la sociedad de la alteración producida, el perjuicio causado, número de personas afectadas, duración de los riesgos generados, cuantía del beneficio ilícitamente obtenido, grado de intencionalidad y connivencia del responsable e incumplimiento de las advertencias previas.

a) Sanciones correspondientes a infracciones clasificadas leves:

Grado mínimo: Hasta 100.000 pesetas.
Grado medio: Desde 100.001 hasta 300.000 pesetas.
Grado máximo: Desde 300.001 hasta 500.000 pesetas.

b) Sanciones correspondientes a infracciones clasificadas graves:

Grado mínimo: Desde 500.001 hasta 1.150.000 pesetas.
Grado medio: Desde 1.150.001 hasta 1.800.000 pesetas.
Grado máximo: Desde 1.800.001 hasta 2.500.000 pesetas.

c) Sanciones correspondientes a infracciones clasificadas muy graves:

Grado mínimo: Desde 2.500.001 hasta 35.000.000 de pesetas.
Grado medio: Desde 35.000.001 hasta 67.500.000 pesetas.
Grado máximo: Desde 67.500.001 hasta 100.000.000 de pesetas.

2. En los casos de especial gravedad, infracción continuada o trascendencia grave para la salud pública, el Gobierno de Aragón podrá acordar la suspensión temporal de la actividad o el cierre temporal de las entidades, establecimientos, empresas o servicios por un plazo máximo de cinco años.

3. En los casos determinados en el apartado anterior podrá acordarse la cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayuda o subvención de carácter financiero que el particular o entidad infractora hubieren obtenido o solicitado de la Administración pública de Aragón.

Disposición adicional única. *Actualización de cuantías.*

El Gobierno de Aragón podrá actualizar mediante decreto las cuantías de las sanciones señaladas en esta Ley, de conformidad con los índices de precios al consumo fijados por el órgano competente en materia de estadística.

Disposición transitoria primera. *Limitaciones en la publicidad contratada.*

Las limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco que afecten a la publicidad contratada con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley no serán de aplicación hasta transcurridos seis meses desde la publicación de la presente Ley.

Disposición transitoria segunda. *Adecuación a las prescripciones de la Ley.*

Las entidades, establecimientos, empresas y servicios dispondrán de un plazo de seis meses, contados desde la entrada en vigor de esta Ley, para adecuarse a sus prescripciones, a partir del cual serán plenamente aplicables.

Disposición derogatoria única. *Cláusula derogatoria.*

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

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario.*

Se autoriza al Gobierno de Aragón a dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta Ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

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

Información relacionada

Téngase en cuenta que el Gobierno de Aragón podrá, mediante decreto publicado únicamente en el "Boletín Oficial de Aragón", actualizar las cuantías de las sanciones señaladas en esta ley, de conformidad con los índices de precios al consumo, según establece su disposición adicional única

§ 32

Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias

Comunidad Autónoma de Canarias
«BOC» núm. 94, de 28 de julio de 1998
«BOE» núm. 198, de 19 de agosto de 1998
Última modificación: 10 de noviembre de 2014
Referencia: BOE-A-1998-20139

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

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La actuación pública en materia de drogodependencias debe ir dirigida a la creación de un marco genérico que regule y arbitre los criterios básicos de actuación de las distintas Administraciones Públicas, organizaciones no gubernamentales y los diversos organismos implicados.

La Administración debe centrar el problema de las drogodependencias dentro de una realidad plural, haciendo énfasis en la prevención de las toxicomanías, con la corrección de los factores sociales y económicos desestabilizadores; en la asistencia del drogodependiente, potenciando los distintos niveles básicos y especializados; y en la inserción del ex-toxicómano, incentivando su plena integración social y laboral.

La presente Ley, siguiendo el camino trazado por distintas Comunidades Autónomas, aspira a convertirse en un instrumento útil para que las distintas Administraciones Públicas de Canarias puedan desplegar una actuación eficaz ante el problema de las drogodependencias, configurando legalmente los medios necesarios para luchar contra un fenómeno al que nuestra sociedad considera de especial trascendencia, así como estableciendo las medidas limitativas de la venta y el consumo del alcohol y del tabaco, especialmente a los menores de edad.

En definitiva, se trata de establecer y regular, en el marco de las competencias que el Estatuto de Autonomía de Canarias asigna al Gobierno en el ámbito territorial de Canarias, las medidas y acciones que permitirán una actuación efectiva de las Administraciones Públicas de Canarias en el campo de la prevención y asistencia de las situaciones a que dan lugar las sustancias que pueden generar dependencia.

II

Un texto multidisciplinar como el presente incide en varios títulos competenciales. Así, la Comunidad Autónoma de Canarias ostenta competencias exclusivas en materia de servicios

sociales, en virtud de lo dispuesto en el artículo 30.13 del Estatuto de Autonomía de Canarias (EAC). Como consecuencia de lo anterior, la Ley Territorial 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales, en su artículo 4.2.f), considera área de actuación «...la prevención y tratamiento de todo tipo de drogodependencias, en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes y la reinserción social de los afectados...», mientras que el artículo 7.3.e), contiene el mandato de la configuración, como servicio social especializado, del de drogodependencias, cuyo objeto debe ser «...la planificación, coordinación y desarrollo de programas encaminados a la prevención, tratamiento e integración social de las personas sujetas a drogodependencias...».

En materia de sanidad, la Comunidad Autónoma de Canarias ostenta competencias de desarrollo legislativo y ejecución, dentro del marco de la legislación básica del Estado, en «sanidad e higiene», título que engloba la sanidad interior. La Ley territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, atribuye al Sistema Canario de la Salud la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la protección frente a factores que amenazan la salud individual y colectiva y la ejecución de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional e integración social del paciente.

La Ley se sitúa en el marco de las restantes competencias que el Estatuto de Autonomía otorga a la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de educación, consumo y comercio interior, protección y tutela de menores y espectáculos públicos, entre otras.

III

La Ley se estructura en un título preliminar y siete títulos específicos. En el título preliminar se regula el objeto de la Ley y una serie de definiciones de lo que debe entenderse por droga, dependencia, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación e inserción.

El título primero se denomina «La prevención en drogodependencias» y regula los objetivos generales que debe presidir cualquier actuación que en materia de prevención quiera llevarse a cabo, los criterios que deben regir dicha actuación, la información, la educación para la salud, la formación de determinados colectivos implicados y cómo se ha de llevar a cabo la intervención sobre las condiciones sociales que impliquen una modificación sustancial de éstas, con la finalidad última de evitar o prevenir situaciones de riesgo y de «predisposición al consumo de drogas».

El título segundo, «Asistencia e integración social», regula los criterios generales de la asistencia que en nuestra Comunidad Autónoma se va a prestar a la población drogodependiente, así como los derechos de los pacientes y las garantías de éstos y se estructura una red asistencial que consta de tres niveles básicos de intervención. Por último, se establece la obligación general de velar por una adecuada integración social del drogodependiente en el entorno de su comunidad natural.

El título tercero, «Reducción de la oferta», se concreta en un único capítulo que trata de establecer una serie de limitaciones al consumo, publicidad y venta de alcohol y tabaco, especialmente a los menores de edad.

El título cuarto se denomina «Planificación, coordinación y participación» y se divide en dos capítulos. El capítulo primero regula el Plan Canario sobre Drogas, estableciendo su naturaleza, características y contenido esencial, así como el procedimiento de su elaboración y aprobación. Por su parte, el capítulo segundo designa a la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias y a las Comisiones Insulares de Coordinación como órganos de los que se dota la Comunidad Autónoma de Canarias para esa efectiva coordinación. Por otro lado, se señala la importancia de la iniciativa social y sus funciones como medio de conseguir la participación y la oportuna implicación social de todos los sectores en el problema de las drogodependencias.

El título quinto, «Competencias de las Administraciones Públicas», determina las competencias de la Comunidad Autónoma de Canarias y de las entidades locales, especificando las de sus respectivos órganos. Se establece, como principal novedad, la obligación por parte de los Cabildos Insulares y de los municipios de más de 20.000 habitantes de disponer de un Plan insular o municipal sobre drogas que incluya programas de prevención e integración social.

El título sexto, «Financiación», establece la obligación de disponer de una dotación suficiente para la ejecución de las acciones desarrolladas en el Plan Canario sobre Drogas. Por otro lado, dispone la afectación de los ingresos que se produzcan por la imposición de sanciones en virtud de lo dispuesto en la normativa de la Hacienda Pública de Canarias.

Por último, el título séptimo, «Infracciones y sanciones», establece el régimen corrector de aquellas conductas contrarias a lo regulado en la presente Ley. Se establece un sistema de infracciones clasificándolas como leves, graves y muy graves, contemplándose a continuación las sanciones previstas para cada una de dichas infracciones. Por último, se contempla y regula el período de prescripción y las competencias para la imposición de sanciones.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

1. La presente Ley tiene por objeto:

a) La ordenación de todas las actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención de las drogodependencias y a la asistencia e integración social de las personas drogodependientes.

b) La regulación de las competencias y funciones en esta materia de las Administraciones Públicas de Canarias, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia, para la necesaria cooperación, coordinación en la prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.

c) La configuración del Plan Canario sobre Drogas como el instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias.

d) La protección a terceras personas de los perjuicios que pueda ocasionarles el consumo de drogas.

2. Lo dispuesto en la presente Ley será de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que en materia de drogas se realicen dentro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Artículo 2. *Definiciones.*

1. A los efectos de la presente Ley, se entiende por drogas todas aquellas sustancias que administradas por cualquier vía, sean capaces de provocar cambios en la conducta, producir efectos nocivos para la salud y el bienestar físico o psíquico, crear dependencia y, en general, todas aquellas que pueden modificar una o más funciones del organismo. Tienen tal consideración:

a) Los estupefacientes y psicotrópicos, entendiendo por tales aquellas sustancias o preparados sometidos a medidas de fiscalización en virtud de las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por España.

b) Las bebidas alcohólicas.

c) El tabaco.

d) Cualquier otra sustancia de uso industrial o vario capaz de producir los efectos y consecuencias descritos anteriormente.

2. En el marco de la presente Ley, las bebidas alcohólicas y el tabaco se consideran drogas institucionalizadas.

3. Se entiende por:

Consumo de drogas: El uso no terapéutico, inadecuado o perjudicial de las mismas.

Drogodependencia: Aquella alteración del comportamiento que afecta al estado físico, psíquico y social del individuo y que se caracteriza por una tendencia al consumo compulsivo y continuado de drogas.

Prevención: Todas aquellas medidas encaminadas a limitar y, en su caso, eliminar, la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias dañosas asociadas a su consumo.

Desintoxicación: Proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia exógena al organismo.

Deshabituación: Proceso terapéutico dirigido a la eliminación de un hábito o dependencia psicológica.

Rehabilitación: Proceso de recuperación de los aspectos individuales de comportamiento en la sociedad.

Inserción: Proceso de incorporación de una persona a su ambiente habitual y social como ciudadano responsable y autónomo.

Artículo 3. *Sujetos protegidos.*

Todos los residentes en Canarias tienen derecho a ser atendidos en cualquiera de los centros o servicios públicos o concertados de la Comunidad Autónoma. Las personas no residentes en Canarias tendrán derecho a la atención en la forma y condiciones previstas en la legislación y en los convenios nacionales e internacionales de aplicación.

TÍTULO I

La prevención de las drogodependencias

Artículo 4. *Objetivos generales.*

Corresponde a los poderes públicos, en su respectivo marco de competencias, promover, desarrollar, apoyar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendentes a:

a) Informar adecuada y oportunamente a la población sobre las sustancias que puedan generar dependencia.

b) Educar para la salud y formar profesionales en este campo.

c) Corregir las condiciones sociales y personales que favorecen los factores de riesgo y el consumo de drogas.

d) Adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas, no sólo para los consumidores, sino también para terceros.

e) Incidir especialmente en la toma de conciencia de la sociedad canaria sobre el carácter de drogas del alcohol y del tabaco.

f) Modificar las actitudes y comportamientos de la población en general respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.

Artículo 5. *Criterios de actuación.*

1. Las actuaciones desarrolladas en materia de prevención de las drogodependencias por las Administraciones Públicas de Canarias, en colaboración con las entidades privadas e instituciones, deberán estar enmarcadas en un ámbito general de promoción y educación para la salud.

2. Se favorecerán aquellas actuaciones tendentes a la creación de mecanismos de protección de la población canaria frente a las drogas, promoviendo pautas de acción alternativas y potenciando la sensibilidad social sobre el fenómeno de las drogodependencias y el fomento de la responsabilidad individual sobre la propia salud y la de la comunidad.

3. Los programas preventivos se dirigirán preferentemente a sectores concretos de la población, y combinarán su carácter educativo orientado a la modificación de actitudes y hábitos, con la promoción de comportamientos incompatibles con el consumo de drogas. Dichos programas deberán ser sistemáticos en sus actuaciones, permanentes en el tiempo y susceptibles de ser evaluados.

Artículo 6. *Información.*

1. Los sistemas de información y vigilancia epidemiológica facilitarán los datos relativos a la frecuentación asistencial, la morbilidad y mortalidad por dependencia.

2. Los órganos responsables de la planificación sanitaria y de servicios sociales determinarán la creación y ubicación de servicios informativos integrados en las redes asistenciales que faciliten el asesoramiento y orientación necesarios sobre la prevención y el tratamiento de las drogodependencias.

3. Los establecimientos sanitarios y la consejería competente en materia de protección del menor protegerán, específicamente, la información relativa a aquellos casos de intoxicación etílica, o de cualquier tipo de drogas, de menores de dieciocho años.

4. La Administración laboral, a través de los Gabinetes de Seguridad e Higiene en el Trabajo, realizará actividades informativas y formativas acerca de los efectos del consumo de drogas, con destino a los trabajadores, representantes sindicales y empresarios.

Asimismo, se apoyarán las acciones informativas que por su cuenta realicen las empresas.

5. Las Administraciones Públicas promoverán el desarrollo de campañas informativas sobre los efectos de las drogas a fin de modificar actitudes y hábitos en relación a su consumo e interesarán en las mismas a los medios de comunicación, como colaboradores en la creación de estados de opinión en defensa de la salud.

Artículo 7. *Educación para la salud.*

1. Las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones precisas con la finalidad de que las personas adquieran actitudes, hábitos y conductas sanas alejados del consumo de drogas.

2. El Gobierno de Canarias adoptará las medidas necesarias para la incorporación en los programas de estudios, de cualquier nivel o ciclo, de la educación para la salud y de todos los contenidos necesarios para una formación adecuada sobre los distintos aspectos de las drogodependencias.

Artículo 8. *Formación.*

1. La Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias promoverá y desarrollará programas específicos de formación de aquellos colectivos u organizaciones relacionados con la prevención, asistencia e integración social de personas drogodependientes.

2. El órgano responsable en materia de drogodependencias del Gobierno de Canarias determinará los programas a desarrollar por las distintas Administraciones Públicas, para la formación interdisciplinar del personal sanitario, de servicios sociales, educadores, policías locales y de cualquier otro personal cuya actividad profesional se relacione con las drogodependencias.

Artículo 9. *Intervención sobre condiciones sociales.*

1. Se considerarán de actuación preferente las actuaciones de los Servicios Sociales que se dirijan a la prevención de las drogodependencias y deberán ser potenciadas dentro de los programas de servicios sociales existentes. A tal fin, se potenciarán las intervenciones preventivas para mejorar las condiciones de vida y superar los factores personales o familiares de marginación cuando incidan en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia.

2. Se fomentará la vida asociativa en los colectivos sociales de riesgo, con especial atención a los menores y jóvenes, mediante la promoción del asociacionismo juvenil, y su participación en programas de ocupación, de ocio, deportivos o culturales.

TÍTULO II

Asistencia e integración social

Artículo 10. *Criterios generales.*

Las acciones que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de Canarias orientadas hacia las personas afectadas por drogodependencias, tendrán por finalidad:

a) Garantizar la atención al drogodependiente en iguales condiciones que al resto de la población.
b) Asegurar que dicha atención se preste de manera coordinada entre los servicios sanitarios y sociales.
c) Impulsar y desarrollar fórmulas de integración en un entorno social normalizado durante todo el tratamiento asistencial.

Artículo 11. *Criterios de actuación.*

Los servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios de Canarias adecuarán sus actuaciones en base a los siguientes criterios:

a) La oferta terapéutica deberá ser accesible y diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar.
Dicha oferta se basará en programas asistenciales individualizados, flexibles en sus objetivos terapéuticos y desarrollados con un enfoque activo que estimule la demanda asistencial.
b) La asistencia a las personas drogodependientes se prestará preferentemente en el ámbito comunitario, y siempre que sea aconsejable en la mayor proximidad a su entorno sociofamiliar, por lo que se potenciarán programas asistenciales en régimen ambulatorio.
c) El objetivo final del proceso asistencial será, además de una buena calidad de vida, la integración social del drogodependiente.
d) La evaluación continua de los procesos y resultados de los diferentes centros, servicios y modelos de atención.

Artículo 12. *Actuaciones en materia de asistencia e integración social.*

La Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, dentro del ámbito de sus competencias y en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes, así como con las entidades e instituciones privadas, convenientemente acreditadas, promoverá las actuaciones siguientes:

a) La potenciación de programas de integración social de personas drogodependientes y de asesoramiento a sus familiares.
b) El favorecimiento de programas de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, al objeto de conseguir su progresiva incorporación social y laboral.
c) La realización de programas dirigidos a la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente, incluyendo actividades de educación sanitaria, consejo y apoyo psicológico a los usuarios de drogas infectados por el VIH o enfermos de sida y a sus familiares.
d) El desarrollo de programas de atención a drogodependientes detenidos o reclusos en colaboración con las instituciones penitenciarias.
e) La realización de programas de prevención de drogas en el ámbito laboral, así como de inserción laboral conjuntamente con las organizaciones empresariales y sindicales.

Artículo 13. *Derechos de las personas drogodependientes.*

Las personas acogidas al ámbito de la presente Ley, en su condición de enfermos, dispondrán de todos los derechos recogidos en el ordenamiento jurídico para los usuarios de los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad Autónoma de Canarias, y en particular:

a) A la información sobre los servicios a los que en cada momento puede acceder, requisitos y exigencias que plantea su tratamiento.

b) A recibir un tratamiento adecuado, prestado por centro o servicio acreditado.

En los casos de cierre o suspensión de la actividad de los centros o servicios y a fin de garantizar el derecho a recibir un tratamiento adecuado, prestado por centro o servicio acreditado, sus titulares deberán entregar, con carácter previo al cierre o suspensión, a la Dirección General competente en materia de atención a las drogodependencias, los historiales completos de atención sanitaria, terapéutica y social de los pacientes o usuarios.

La entrega y custodia de dicha documentación se realizará con estricta observancia del derecho de confidencialidad reconocido en la letra e) de este artículo.

c) A la voluntariedad para iniciar y cesar el tratamiento.

d) A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales, así como al respeto a su personalidad, dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por ninguna causa.

e) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso terapéutico.

f) A una información completa y comprensible, verbal y escrita, sobre el proceso de tratamiento que esté siguiendo.

g) A que se le extienda certificación gratuita acreditativa sobre su situación, así como sobre el tratamiento que haya seguido o esté siguiendo.

Artículo 14. *Garantía de los derechos de las personas drogodependientes.*

1. El Gobierno de Canarias establecerá reglamentariamente el contenido y el alcance específico de los derechos reconocidos en el artículo anterior y las garantías de reparación que procedan por su incumplimiento.

2. Los centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales, públicos y privados de atención al drogodependiente dispondrán de información accesible acerca de los derechos de los pacientes y de hojas de reclamaciones y sugerencias, así como de medios para informar al público y atender sus reclamaciones y sugerencias.

3. Las infracciones relativas a los derechos recogidos en el artículo 13 estarán sometidas al régimen sancionador contemplado en esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias o de otro tipo que pudieran surgir para el personal autor de las mismas.

4. El ingreso de una persona en un centro o servicio vendrá precedido de la firma del correspondiente contrato terapéutico, en el que se reflejen con claridad los derechos y obligaciones a observar en el proceso de recuperación.

Artículo 15. *Red asistencial.*

1. El sistema de asistencia e integración social del drogodependiente se configura como una red asistencial de utilización pública diversificada. En este sistema se integran todos los recursos existentes de atención a las drogodependencias, debidamente acreditados para tal fin.

2. Los centros y servicios sociosanitarios de atención a los drogodependientes estarán sometidos a un régimen de autorizaciones previas e inscripción conforme lo establecido en la normativa vigente. Dichos centros se sujetarán, en todo caso, a las medidas de inspección, control e información estadística, sanitaria y de cualquier otro tipo que establezca la legislación vigente.

3. Los centros y servicios sociosanitarios de atención a los drogodependientes, considerados en su globalidad, atenderán al principio de la pluralidad de los modelos de intervención en respuesta a la diversidad de casos particulares que el problema suele presentar.

Artículo 16. *Niveles asistenciales.*

La red asistencial de atención a las drogodependencias se estructura en dos niveles básicos de intervención: Primaria y especializada.

Las funciones básicas de cada nivel, los centros, servicios y asociaciones que los integran, el circuito terapéutico, la jerarquización de los recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención, serán determinados y desarrollados por el Plan Canario sobre Drogas.

Artículo 17. *Inserción social.*

1. Desde el primer momento de la acogida del paciente se trabajará con el objetivo de la inserción. Por ello, cualquiera de los modelos de intervención que se aplique tenderá a promover y afianzar actitudes y hábitos de autonomía personal, autoestima y asunción de responsabilidades.

Los servicios sociosanitarios que le hayan acompañado en su proceso terapéutico apoyarán al drogodependiente en el proceso por el cual él mismo se va incorporando en su comunidad natural.

2. En el ámbito de la juventud, se impulsarán intervenciones que fomenten la formación de grupos que además de cumplir una importante función de prevención, se conviertan en instrumentos de reintegración de los jóvenes marginados de la sociedad, con especial incidencia en la inserción eficaz de los adolescentes en el mundo educativo. A estos efectos, se aprovecharán los correspondientes programas generales educativos de capacitación profesional, empleo, vivienda y de la red de servicios sociales.

3. En el ámbito laboral, se fomentarán aquellas actuaciones tendentes a acercar a los trabajadores con problemas de drogodependencias a la red asistencial, así como aquellas que tengan por finalidad la reserva del puesto de trabajo durante el proceso de recuperación.

Desde los distintos servicios se incentivará que los pacientes asuman iniciativas y compromisos para la preparación profesional y búsqueda de trabajo, bien por el contacto con empresas o agencias o incorporándose a algún grupo que promueva cooperativas o alternativas similares.

4. Se fomentará la realización de programas de educación sanitaria y atención a reclusos drogodependientes en colaboración con el sistema penitenciario.

Se proporcionará la adecuada diversidad de centros, públicos o privados, debidamente acreditados que posibiliten las alternativas suficientes para el cumplimiento de las penas impuestas por órganos judiciales dentro de los límites impuestos por la legislación penal vigente.

5. Se formularán estrategias de intervención dirigidas específicamente al apoyo y asistencia del entorno familiar del drogodependiente.

6. En todas las actuaciones descritas en el presente texto se mantendrá como criterio el no privilegiar al toxicómano frente al común de los ciudadanos; tales actuaciones han de entenderse como información y orientación que se da al drogodependiente en el proceso de recuperación para que use los medios normales a que tiene derecho como cualquier miembro de la comunidad.

Artículo 18. *Cooperación con los medios de comunicación social.*

1. Los distintos agentes de la Administración han de cooperar con los medios de comunicación para estudiar y analizar en qué medida noticias e información indiscriminadas hacen más presente las drogas en nuestra sociedad y, en su caso, tomar conjuntamente acuerdos que disminuyan esta presencia simbólica de las drogas.

2. En colaboración con los responsables de la prevención y represión del tráfico de drogas se han de estudiar y analizar los medios de cooperación para que el tráfico disminuya y para lograr que los programas y actividades de unos no interfieran los de los otros.

TÍTULO III

Reducción de la oferta

CAPÍTULO ÚNICO

De las limitaciones a la publicidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 19. *De la publicidad del alcohol y del tabaco.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en leyes relativas a la publicidad y a la defensa de los consumidores, así como en la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los

Menores, la publicidad, tanto directa como indirecta, de bebidas alcohólicas y tabaco observará, en todo caso, las siguientes limitaciones:

a) Se prohíbe, tanto en las publicaciones, medios de comunicación social impresos o audiovisuales, editados o divulgados en la Comunidad Autónoma de Canarias, la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en los programas, páginas o secciones dirigidas preferentemente al público infantil y juvenil, así como en franjas horarias de especial protección para los menores.

b) No estará permitido que los mensajes publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco se asocien a una mejora del rendimiento físico o psíquico, al éxito social, a efectos terapéuticos, a la conducción de vehículos y al manejo de armas, así como ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad.

c) Se prohíbe expresamente la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas en todos aquellos lugares donde esté prohibida su venta y consumo.

No obstante, en los eventos de deporte profesional o semiprofesional podrá realizarse publicidad de bebidas alcohólicas de graduación inferior a los veinte grados centesimales.

2. La Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias no utilizará como soportes informativos o publicitarios objetos relacionados de manera directa o indirecta con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

Artículo 20. *Bebidas alcohólicas.*

1. Las Administraciones locales, en el desarrollo de las competencias que tienen atribuidas, establecerán las medidas necesarias para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley.

2. La venta, suministro y dispensación de bebidas alcohólicas a los menores de dieciocho años se regirá por lo dispuesto en la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores.

3. Asimismo queda prohibida la venta o el suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas automáticas salvo que se encuentren en establecimientos cerrados, haciéndose constar, en su superficie frontal, la prohibición que tienen los menores de dieciocho años de adquirir bebidas alcohólicas.

En los establecimientos de autoservicio, la venta de bebidas alcohólicas se realizará en una sección concreta con letreros anunciadores de la prohibición de su venta a menores.

4. No se permitirá la venta ni el consumo de bebidas alcohólicas en:

a) Los centros dependientes de las Administraciones Públicas de Canarias, fuera de los lugares expresamente habilitados al respecto y, en ningún caso, bebidas de graduación superior a veinte grados centesimales.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y sociales, salvo en las dependencias habilitadas al respecto y, en ningún caso, bebidas de graduación superior a veinte grados centesimales.

c) Los centros de enseñanza no universitaria.

d) Los centros de enseñanza universitaria, salvo en los lugares habilitados a tal efecto.

e) Los centros destinados a la enseñanza y práctica deportiva.

f) Los centros de asistencia a menores.

g) La vía pública, salvo terrazas, veladores o en días de fiestas regulados por la correspondiente ordenanza municipal.

h) Los locales de trabajo de las empresas de transportes públicos.

i) Establecimientos abiertos al público en áreas de servicio y descanso de autovías, autopistas, y carreteras, excepto cuando se trate de bebidas de veinte o menos grados centesimales y fuera del período señalado en el epígrafe siguiente.

j) Las áreas de servicio y descanso de autovías, autopistas y carreteras, gasolineras y demás establecimientos abiertos al público, incluso los que tengan autorizado un horario excepcional de apertura, entre las 22 horas y las ocho de la mañana del día siguiente, salvo los establecimientos de hostelería y ocio cuando otra cosa dispongan, expresamente, las ordenanzas municipales correspondientes.

5. Las actividades de promoción de bebidas alcohólicas en ferias, certámenes, exposiciones y actividades similares se situarán en espacios diferenciados cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas. En estas actividades no estará permitido ni el ofrecimiento ni la degustación gratuita a menores de dieciocho años. Tampoco estará permitido el acceso a menores de dieciocho años no acompañados de mayores de edad.

En las visitas a los centros de producción, elaboración y distribución de bebidas alcohólicas no podrá ofrecerse los productos a los menores de edad.

6. En todos los establecimientos públicos en que se venda o facilite de cualquier manera o forma bebidas alcohólicas, se informará que la Ley prohíbe su adquisición y consumo por los menores de dieciocho años, así como la venta, suministro o dispensación a los mismos. Esa información se realizará mediante anuncios o carteles de carácter permanente, fijados en forma visible en el mismo punto de expedición.

El Gobierno podrá determinar reglamentariamente el formato y contenido de los mismos.

Artículo 21. *Acceso de menores a locales.*

1. Como regla general, queda prohibida la entrada de los menores de dieciocho años en discotecas, salas de fiesta y establecimientos similares en los que se venda o facilite el consumo de bebidas alcohólicas.

2. Sin embargo, los locales señalados en el párrafo anterior podrán disponer de sesiones especiales para mayores de dieciséis años, con horarios y señalización diferenciada sin que puedan tener continuidad ininterrumpida con aquellas sesiones en las que se produzca la venta de bebidas alcohólicas, retirándose de los locales, durante estas sesiones especiales, la exhibición y publicidad de este tipo de bebidas.

Artículo 22. *Tabaco.*

1. Se aplicará a la venta, suministro y dispensación de tabaco a los menores de dieciocho años el régimen de prohibiciones establecido en la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores.

Además queda prohibida la venta, suministro y dispensación de productos que imiten el tabaco o induzcan al hábito de fumar.

2. La venta o el suministro de tabaco a través de máquinas automáticas sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados, haciéndose constar en su superficie la prohibición que tienen los menores de dieciocho años de adquirir tabaco.

3. Se prohíbe la venta y el suministro de tabaco en:

a) Los centros dependientes de las Administraciones Públicas de Canarias, fuera de los lugares que se pudieran habilitar a tal efecto.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y sus dependencias.

c) Los centros educativos de enseñanza infantil, primaria, secundaria y especial.

d) Los centros destinados a la enseñanza deportiva.

e) Las instalaciones deportivas cerradas.

f) Los centros de asistencia a menores.

4. Se prohíbe el consumo de tabaco en:

a) Cualquier medio de transporte colectivo, tanto urbanos como interurbanos, salvo que dispongan de departamentos específicos para fumadores.

b) Los centros sanitarios y sus dependencias.

c) Los centros de enseñanza y sus dependencias.

d) Las grandes superficies comerciales cerradas.

e) Las galerías comerciales.

f) Las oficinas de la Administración Pública, destinadas a la atención directa al público.

g) Los locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen, vendan o consuman alimentos.

h) Las salas de cine y teatro y locales similares.

i) Los vehículos de transporte escolar, en todos los vehículos destinados al transporte de menores de edad y en los vehículos destinados al transporte sanitario.

j) Los museos, bibliotecas y salas de exposiciones y conferencias.

k) Las instalaciones deportivas cerradas.

l) Las escuelas infantiles y centros de atención social destinados a menores de dieciocho años.

m) Lugares donde exista mayor riesgo a la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.

n) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

ñ) Ascensores y elevadores.

o) Los que determine reglamentariamente el Gobierno.

5. Todos aquellos lugares, locales o zonas aludidos en el apartado anterior estarán convenientemente señalizados en la forma en que se determine reglamentariamente, habilitándose por la dirección o propietario, si lo consideran conveniente, las oportunas salas o zonas de fumadores en los locales y centros a que se refieren los puntos b), c), d), e), g), h), j), k) y l).

6. El derecho de los no fumadores prevalecerá sobre el derecho a fumar, en todas aquellas circunstancias en las que la salud se vea afectada por el consumo de tabaco.

7. En todos los establecimientos públicos en que se venda o facilite tabaco de cualquier manera o forma se informará que la ley prohíbe su adquisición y consumo por los menores de dieciocho años, así como la venta, suministro o dispensación a los mismos. Esa información se realizará mediante anuncios de carácter permanente, fijados de forma visible en el mismo punto de expedición.

El Gobierno podrá determinar reglamentariamente el formato y contenido de los anuncios.

Artículo 23. *Atención a las personas con problemas de alcohol y tabaco.*

Las Administraciones velarán por las necesidades de asistencia de las personas afectadas de alcoholismo o de tabaquismo y en particular por que sean atendidos en los servicios sociosanitarios correspondientes.

TÍTULO IV

Planificación, coordinación y participación

CAPÍTULO I

Plan Canario sobre Drogas

Artículo 24. *Naturaleza y características.*

1. El Plan Canario sobre Drogas se configura como el instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias.

2. El Plan Canario sobre Drogas será vinculante para todas las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas.

3. La vigencia temporal será la fijada en el propio Plan.

Artículo 25. *Contenido del Plan.*

1. El Plan Canario sobre Drogas contemplará en su redacción, al menos, los siguientes extremos:

a) Análisis de la problemática y aproximación epidemiológica al consumo de drogas en Canarias.

b) Objetivos generales y objetivos específicos por áreas de intervención.

c) Criterios básicos de actuación.

d) Programas de actuaciones.

e) Responsabilidades y funciones de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones.

f) Descripción del circuito terapéutico y de los niveles de intervención.
g) Recursos necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.
h) Mecanismos de evaluación.

2. El Plan Canario sobre Drogas deberá precisar de forma cuantitativa y cualitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, sus objetivos, prioridades y estrategias, de modo que pueda medirse su impacto y evaluar sus resultados.

Artículo 26. *Elaboración y aprobación del Plan.*

1. La elaboración del Plan Canario sobre Drogas corresponde a la consejería competente en materia de drogodependencias, que procederá a su redacción de acuerdo a las directrices que hayan sido establecidas en esta Ley, así como en esta materia, por el Gobierno de Canarias y el Plan Nacional sobre Drogas.
2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación previstos en esta Ley.
3. El Plan Canario sobre Drogas será aprobado por el Gobierno de Canarias, a propuesta del consejero competente en materia de drogodependencias, oída la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias.
4. El Plan Canario sobre Drogas será remitido al Parlamento de Canarias. Asimismo se remitirá anualmente al Parlamento de Canarias una memoria con la evaluación del mismo.

CAPÍTULO II

De la coordinación y de la participación social

Artículo 27. *Órganos de coordinación.*

Serán órganos para la coordinación, seguimiento y evaluación de las actuaciones contempladas en la presente Ley y en el Plan Canario sobre Drogas:

a) La Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias.
b) Las Comisiones Insulares de Coordinación.

Reglamentariamente se regulará la estructura, funcionamiento y composición de las referidas Comisiones Coordinadoras, debiendo quedar garantizada la participación de los sectores directamente implicados.

Artículo 28. *Fomento de las iniciativas sociales.*

Las Administraciones competentes podrán establecer, de conformidad con la legislación vigente, convenios y conceder subvenciones para la prestación de servicios a instituciones públicas o privadas, sin ánimo de lucro, legalmente constituidas y debidamente registradas, siempre que cumplan los requisitos siguientes:

a) Adecuación a las normas y programación de la Administración.
b) Sometimiento de sus programas y del destino de los apoyos financieros públicos al control de la Administración.
c) Sujeción a los medios de inspección, control e información estadística y sanitaria vigentes.

Artículo 29. *Funciones de la iniciativa social.*

Las Administraciones Públicas fomentarán la cooperación con entidades privadas e instituciones, con estricta sujeción a las directrices que se establezcan, para el desempeño de las siguientes funciones:

a) La sensibilización social y la información.
b) La prevención de las drogodependencias.
c) La asistencia y reinserción social de drogodependientes.
d) La formación.
e) La investigación y evaluación.

Artículo 30. *Voluntariado.*

1. Se fomentará la función del voluntariado social, que colabore con las Administraciones Públicas o las entidades privadas, en las tareas de prestación de servicios de prevención, asistencia e inserción social, en los términos previstos en su legislación específica.
2. Serán ámbitos preferentes de actuación de la iniciativa social:

a) La concienciación social en torno a la problemática de las drogodependencias.
b) La difusión de criterios.
c) El apoyo a la inserción social, y
d) La prevención en el ámbito comunitario.

TÍTULO V

Competencias de las Administraciones Públicas

CAPÍTULO I

Competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias

Artículo 31. *Competencias del Gobierno de Canarias.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de Canarias:

a) La aprobación del Plan Canario sobre Drogas.
b) El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de Canarias.
c) La aprobación de la estructura de la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, así como el establecimiento de otros órganos de coordinación.
d) La aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención de drogodependientes.

Artículo 32. *Atribuciones del consejero competente en materia de drogodependencias.*

Sin perjuicio de aquellas otras competencias que le vienen atribuidas legalmente, corresponde al consejero competente en materia de drogodependencias:

1. El control y, en su caso, la autorización o acreditación de los centros y servicios sociosanitarios de atención a drogodependientes, así como de los establecimientos estrictamente sanitarios, relacionados con la prevención, asistencia e inserción social de personas drogodependientes.
2. La elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de Canarias del Plan Canario sobre Drogas.
3. El otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades privadas e instituciones en el campo de las drogodependencias.
4. La coordinación general con las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones de las actuaciones en materia de drogas.

CAPÍTULO II

Competencias de la Administración Local

Artículo 33. *Competencias de las islas.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a las islas, a través de los cabildos insulares, como órganos de gobierno y administración de las islas, desempeñar, en su ámbito territorial, las siguientes competencias:

1. La aprobación de Planes Insulares sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas, que incluyan

programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de acción social.

En cualquier caso, la elaboración de los Planes Insulares sobre Drogas debe asegurar, mediante la coordinación de los servicios de los municipios de menos de 20.000 habitantes, la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio insular de las competencias y responsabilidades mínimas señaladas en el artículo 34, apartado 2.

2. El apoyo técnico y económico en materia de drogodependencias a los municipios de menos de 20.000 habitantes, especialmente los de menor capacidad económica y de gestión.

Artículo 34. *Competencias de los municipios.*

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a los municipios de Canarias en su ámbito territorial:

a) El establecimiento de los criterios que regulan la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

b) El otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que se establecen en el título III de esta ley.

d) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los municipios de más de 20.000 habitantes tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de servicios sociales.

b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.

c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Canario sobre Drogas.

d) La formación en materia de drogas del personal propio.

e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

TÍTULO VI

Financiación

Artículo 35. *Financiación presupuestaria.*

1. La Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias destinará cada año, en el estado de gastos, dotación presupuestaria que haga posible el desarrollo de las acciones en materia de drogas contempladas en el Plan Canario sobre Drogas.

2. El producto de las sanciones económicas que se impongan como consecuencia de la comisión de infracciones con arreglo a la presente Ley quedará afectado al ejercicio de las acciones y la consecución de los objetivos contemplados en el Plan Canario sobre Drogas, de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de la Ley 7/1984, de 11 de diciembre, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias. A tal efecto, en los Estados de Gastos e Ingresos de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias figurará una partida específica que tendrá carácter de ampliable.

3. Las subvenciones destinadas a sufragar los gastos derivados de la gestión de centros, servicios y programas de atención a las toxicomanías podrán formalizarse en convenios de colaboración con financiación plurianual. Estos convenios deberán prever, al menos, lo siguiente:

a) Actividades que comprende el programa o proyecto.
b) Plazo de ejecución total y, cuando proceda, plazos parciales.
c) El importe de la subvención correspondiente a cada ejercicio presupuestario a los que se extienda su ejecución.
d) Régimen de abonos.
e) Sometimiento de la entidad subvencionada a la inspección y control de las actividades que desarrolle en ejecución del convenio y de las condiciones en que se realizan.

De los citados convenios se dará cuenta al Parlamento de Canarias en el plazo de un mes, desde la fecha de su firma.

TÍTULO VII

Infracciones y sanciones

Artículo 36. *Régimen sancionador.*

1. Las infracciones a lo regulado en la presente Ley serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.
2. 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.

Artículo 37. *Infracciones. Clasificación.*

Constituye infracción administrativa toda acción u omisión que vulnere las obligaciones contenidas en la presente Ley.
Las infracciones administrativas a la presente Ley se clasifican en leves, graves y muy graves.

Artículo 38. *Infracciones. Tipos.*

1. Son infracciones muy graves:

a) La negativa absoluta a facilitar información o a prestar colaboración a los servicios de inspección, así como el falseamiento de la información facilitada a dichos servicios.
b) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercitada sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.
c) Impedir el ejercicio de cualesquiera de los derechos específicos de las personas drogodependientes ante los sistemas sanitarios y sociales recogidos en el artículo 13 de esta ley.
d) La iniciación, prestación o desarrollo de servicios, centros o actividades de asistencia, prevención o reinserción en materia de drogodependencias no autorizados o por personal no cualificado legalmente.
e) La reincidencia en la comisión de infracciones graves.

2. Son infracciones graves:

a) Dificultar el ejercicio de los derechos reconocidos en el artículo 13 de la presente Ley.
b) Obstruir la acción de los servicios de inspección.
c) La alteración sustancial de las características contenidas en la acreditación o autorización que habilita a los centros, servicios o establecimientos para el desarrollo de actividades de asistencia, reinserción o prevención.
d) Aplicar las ayudas y subvenciones públicas a finalidades distintas de aquéllas para las que se otorgaron.
e) La reincidencia en infracciones leves.

3. Son infracciones leves:

a) El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 20, 21 y 22 sobre condiciones de la promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

b) Las conductas no tipificadas como infracciones graves o muy graves.

4. Se produce reincidencia cuando al cometer la infracción el sujeto hubiera sido ya sancionado, con carácter firme, por esa misma falta, o por otra de gravedad igual o mayor o por dos o más infracciones de gravedad inferior, durante el último año.

Artículo 39. *Sanciones.*

1. Las infracciones a la presente Ley serán sancionadas, en su caso, con multa, cese temporal de la actividad o cierre del establecimiento, local o empresa.
2. La graduación de las sanciones será proporcionada a la infracción cometida y respetará los siguientes criterios:

a) Gravedad de la infracción.
b) Gravedad de la alteración social y perjuicios causados.
c) Riesgo para la salud.
d) Posición del infractor en el mercado.
e) Beneficio obtenido.
f) Grado de intencionalidad y reiteración.
g) Perjuicio causado a menores de edad.

3. La graduación de las multas se ajustará a lo siguiente:

a) Por infracción leve, multa de hasta 2.500.000 pesetas.
b) Por infracción grave, multa de 2.500.001 a 20.000.000 de pesetas, pudiéndose rebasar esta cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.
c) Por infracción muy grave, multa de 20.000.001 a 100.000.000 de pesetas, pudiéndose rebasar esta cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

4. En los casos de reincidencia en la comisión de infracciones muy graves y siempre que la infracción tenga trascendencia notoria y grave para la salud, las infracciones muy graves podrán ser sancionadas, además de con la multa correspondiente, con la suspensión temporal de la actividad por un máximo de cinco años o, en su caso, con el cierre de la empresa o la clausura del servicio o establecimiento.
5. En las infracciones tipificadas en el artículo 38 de la presente Ley podrá acordarse como sanción complementaria la supresión, cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayudas o subvenciones de carácter financiero que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado de la Administración autonómica de Canarias.

Artículo 40. *Prescripción de las infracciones y de las sanciones.*

1. Las infracciones a que se refiere la presente Ley prescribirán a los tres años las muy graves, a los dos años las graves y a los seis meses las leves.
2. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescribirán a los tres años, las impuestas por faltas graves a los dos años y las impuestas por faltas leves al año.
3. El comienzo y la interrupción de los plazos de prescripción de las infracciones y de las sanciones se regirán por las normas del procedimiento administrativo común.

Artículo 41. *Competencias del régimen sancionador.*

1. Los órganos competentes para imponer sanciones son los siguientes:

a) Los alcaldes, multas de hasta 2.500.000 pesetas.
b) El consejero competente en materia de sanidad, multas desde 2.500.001 hasta 20.000.000 de pesetas y suspensión temporal de la actividad por un máximo de cinco años.
c) El Gobierno de Canarias, multas desde 20.000.001 pesetas y el cierre de la empresa o la clausura del servicio o establecimiento.

2. Cuando las infracciones se refieran al tabaco, las administraciones competentes para imponer las sanciones y el importe de las multas serán los reflejados en la normativa básica

frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y las Administraciones Locales destinarán al menos el 70 por ciento del importe total de la recaudación obtenida por las multas al desarrollo de programas de prevención, investigación, control y tratamiento del tabaquismo en su ámbito de competencias.

3. No tendrá carácter de sanción la resolución de cierre o de suspensión de los establecimientos que no cuenten con la autorización exigida o que no se ajusten a los términos de ésta, hasta que no se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos. Simultáneamente a la resolución de cierre o suspensión podrá incoarse un expediente sancionador.

Disposición adicional primera. *Modificación de la Ley de Atención Integral a los Menores.*

Se modifican los artículos 105 y 106 de la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores, en la forma siguiente:

«Artículo 105. *Infracciones leves.*

Constituyen infracciones leves:

1. Incumplir las normas aplicables para la apertura o funcionamiento de servicios, hogares funcionales o centros de atención a los menores, si de ello no se derivan perjuicios relevantes.

2. Incumplir el deber de actualizar los datos que constan en el Registro de entidades colaboradoras.

3. No facilitar el tratamiento y la atención que correspondan a las necesidades de los menores, siempre que no se deriven perjuicios sensibles para los mismos.

4. No poner en conocimiento de las autoridades competentes la posible situación de riesgo o desamparo en que pudiera encontrarse un menor.

5. Incumplir las resoluciones administrativas que se dicten en materia de atención a los menores.

6. Incumplir la normativa específica establecida para cada tipo de servicio, hogar funcional o centro de atención a los menores.

7. No facilitar el tratamiento o la atención que correspondan a las necesidades de los menores.

8. Excederse en las medidas correctoras a los menores.

9. No gestionar plaza escolar para el menor en periodo de escolarización obligatoria o impedir la asistencia al centro escolar sin causa justificada, por parte de quienes tengan potestad sobre el mismo.

10. Vender, suministrar o dispensar, de forma gratuita o no, a los menores bebidas alcohólicas o tabaco.

11. Cualquier otra infracción que, estando tipificada como grave, no mereciera esta consideración por razón de su falta de intencionalidad, naturaleza, ocasión o circunstancias.

Artículo 106. *Infracciones graves.*

1. Reincidir en infracciones leves.

2. Incurrir en las infracciones tipificadas como leves, siempre que el incumplimiento o los perjuicios sean graves.

3. Intervenir con funciones de mediación en la acogida o adopción de menores sin la previa habilitación administrativa.

4. Recibir a un menor ajeno a la familia de las personas receptoras con la intención de su futura adopción, sin la intervención del órgano competente de la Administración autonómica.

5. Proceder a la apertura o iniciar el funcionamiento del servicio, hogar funcional o centro de atención a los menores sin haber obtenido la preceptiva autorización administrativa.

6. Incumplir el deber de confidencialidad y sigilo respecto a los datos personales de los menores.

7. Difundir, a través de medios de comunicación, datos personales de los menores.

8. Limitar los derechos de los menores más allá de lo acordado por decisión judicial.

9. Amparar o ejercer prácticas lucrativas en centros o servicios de atención a los menores definidos sin ánimo de lucro, por parte de los titulares de los mismos o del personal a su servicio.

10. Impedir, obstruir o dificultar de cualquier modo las funciones de inspección y control de los centros o servicios de atención a los menores, tanto los titulares de los mismos como el personal a su servicio.

11. Aplicar las ayudas y subvenciones recibidas a situaciones, estados o hechos, o a destinos o finalidades diferentes de los que justificaron su concesión, cuando de ello no se deriven responsabilidades penales.

12. Percibir cantidades no autorizadas por prestaciones o servicios de atención a los menores o su familia, cuando las entidades colaboradoras actúen en régimen de concierto con una Administración Pública.

13. Incumplir la obligación de inscripción en los registros establecidos en relación con la atención integral a los menores.

14. Vender, suministrar o dispensar bebidas alcohólicas o tabaco en centros de enseñanza a los que asistan menores y en establecimientos, recintos, locales o espacios dedicados específicamente a menores.

15. Utilizar menores en actividades o espectáculos prohibidos a los mismos por esta Ley.

16. Permitir la entrada de menores en los establecimientos o locales a que hace referencia el artículo 33 de esta Ley.

17. Vender o suministrar a menores las publicaciones recogidas en el artículo 34.

18. Vender, alquilar, difundir o proyectar a los menores los medios audiovisuales a que hace referencia el artículo 35.

19. Emitir programación a través de medios audiovisuales sin ajustarse a las reglas contenidas en esta Ley.

20. Emitir o difundir publicidad prohibida o contraria a esta Ley.

21. Cualquier otra infracción que, estando tipificada como muy grave, no mereciera esta consideración por razón de su falta de intencionalidad, naturaleza, ocasión o circunstancias.»

Disposición adicional segunda. *Modificación de la Ley de Régimen Jurídico de los Espectáculos Públicos y Actividades Clasificadas.*

Se modifica la Ley 1/1998, de 8 de enero, de Régimen Jurídico de los Espectáculos Públicos y Actividades Clasificadas, a la que añade la disposición adicional quinta:

«Disposición adicional quinta.

Las disposiciones sobre infracciones y sanciones comprendidas en el título V de esta Ley que están relacionadas con menores, no serán de aplicación en aquellos supuestos en los que hayan de ser aplicados los preceptos sobre infracciones y sanciones de la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores.»

Disposición transitoria primera. *Plazo para la adaptación del Plan Canario de Drogas.*

El Gobierno de Canarias, en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de esta Ley, adaptará a ella el vigente Plan Canario sobre Drogas.

Disposición transitoria segunda. *Plazo para la aprobación de los Planes Insulares y Municipales sobre Drogas.*

Las entidades locales de la Comunidad Autónoma de Canarias aprobarán en el plazo de un año, a partir de la adaptación del Plan Canario de Drogas, los correspondientes planes insulares o municipales sobre drogas.

Disposición transitoria tercera. *Plazo de constitución de órganos de coordinación.*

En el plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente Ley, deberán estar constituidos los órganos colegiados de coordinación previstos en la presente Ley.

Disposición derogatoria. *Cláusula general de derogación.*

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan lo establecido en la presente Ley.

Disposición final primera. *Desarrollo y aplicación de la presente Ley.*

1. Se autoriza al Gobierno de Canarias a dictar las normas de carácter reglamentario necesarias para desarrollar y aplicar la presente Ley.
2. En lo referente a las infracciones, se autoriza al Gobierno de Canarias a desarrollar reglamentariamente la coordinación y distribución de competencias entre la presente Ley y la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor a los treinta días de su publicación en el «Boletín Oficial de Canarias».

§ 33

Ley 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias

Comunidad Autónoma de Cantabria
«BOCT» núm. 205, de 14 de noviembre de 1997
«BOE» núm. 283, de 26 de noviembre de 1997
Última modificación: 29 de diciembre de 2022
Referencia: BOE-A-1997-25123

PREÁMBULO

Los usos de drogas constituyen un fenómeno complejo en el que inciden múltiples determinantes y del que se derivan diversas consecuencias para el individuo y la sociedad. Los problemas relacionados con el consumo de drogas han generado y generan una considerable preocupación social y movilizan a su alrededor una cantidad muy importante de esfuerzos y recursos para intentar dar soluciones diversas a problemas diferentes.

Cantabria, por desgracia, no es ajena a este fenómeno, tal como ocurre en el resto de las Comunidades Autónomas de España. El consumo de drogas institucionalizadas como las bebidas alcohólicas y el tabaco se encuentran muy arraigados en nuestra Comunidad Autónoma y suponen de por sí un grave conflicto de salud pública. A ellos se han incorporado en los últimos años otras sustancias de un consumo prevalente en otras culturas; tal es el caso de los opiáceos, los derivados del cannabis y de la planta de la coca, el abuso de determinados fármacos y la más reciente aparición de análogos sintéticos de drogas.

La Diputación Regional de Cantabria, consciente de que los usos indebidos de drogas no se limitan a un mero problema coyuntural y de las repercusiones socio-sanitarias que conllevan, aprobó en 1991 el Plan Autonómico sobre Drogas (Decreto 68/1991), en la actualidad en vigor. Asimismo, la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha aprobado una serie de normas en materia de coordinación, acreditación de centros y servicios de atención al toxicómano y en materia de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de los mismos, como apoyo y desarrollo de las actuaciones contempladas en el citado Plan.

Sin embargo se hace necesaria una nueva regulación normativa con rango de Ley que se acerque al fenómeno de las drogodependencias desde una perspectiva global, en la que se consideren de una forma integral el conjunto de actuaciones de prevención, asistencia e incorporación social de drogodependientes y en la que se preste atención a todo tipo de drogas.

La Constitución Española en su Título I, artículo 43, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho y en su artículo 43.2 establece el mandato de organizar o tutelar la salud pública. Asimismo en el capítulo III de este mismo Título se recogen los principios rectores de la política social del Estado, al señalar las

prestaciones a que están obligados los poderes públicos en materia de servicios sociales y asistencia social. Al mismo tiempo, el Título VIII establece una nueva articulación del Estado cuya implantación progresiva debe suponer una reordenación de las competencias entre las distintas Administraciones Públicas.

La Ley Orgánica 8/1981, del Estatuto de Autonomía de Cantabria, delimita las competencias y establece la capacidad de desarrollo legislativo de la Comunidad Autónoma de Cantabria y en su artículo 22.18 confiere el marco de competencias exclusivas en asistencia y bienestar social.

Por su parte la Ley de Cantabria 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social, articula los servicios sociales para la Comunidad Autónoma de Cantabria, estableciendo los criterios de orden y coherencia en la planificación, claridad legislativa y organizativa, aportación suficiente de recursos económicos al sector, aplicación de los principios de descentralización, participación de la Administración Local y apoyo y orientación en las actuaciones de iniciativa social.

Constituye el objeto de la presente Ley, en este marco legislativo, la ordenación general del conjunto de actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención en drogodependencias y a la asistencia e incorporación social de las personas drogodependientes, así como la regulación general de las funciones, competencias y responsabilidades de las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones dedicadas a las drogodependencias en Cantabria.

La presente Ley opta por una aproximación global al fenómeno y desde ella dotar de su auténtica dimensión a las políticas sectoriales. Se propone transmitir de forma clara a la sociedad y a sus instituciones la relevancia del problema, trasladando una mensaje de normalización, solidaridad y apoyo social hacia las personas drogodependientes y el compromiso de los poderes públicos para mitigar las consecuencias derivadas del consumo de drogas y para promocionar de forma activa los hábitos de vida saludables y una cultura de la salud. Al mismo tiempo profundiza en la articulación de una serie de instrumentos de coordinación, planificación, participación y financiación de las actuaciones en materia de drogas que se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma.

La presente Ley se estructura en ocho títulos. En el Título preliminar se establece el objeto y los principios rectores de la Ley. Seguidamente se establecen en dos títulos diferenciados las actuaciones tendentes a la reducción de la demanda y de asistencia e incorporación social de las personas drogodependientes. El Título III refleja las actuaciones tendentes a reducir la oferta a través de las medidas de control con especial atención a las limitaciones a la publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco. Los instrumentos de planificación, coordinación y participación se establecen en el Título IV, donde el Plan Regional sobre Drogas se constituye como el principal elemento estratégico. Por último los Títulos V, VI y VII regulan, respectivamente, las competencias y responsabilidades de las diferentes Administraciones Públicas de Cantabria, las infracciones y sanciones y las formas de financiación de las Administraciones Públicas en esta materia.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

1. La presente Ley tiene por objeto:

a) La ordenación general, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Comunidad Autónoma de Cantabria, y dentro de su ámbito territorial, del conjunto de actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención del consumo de sustancias que puedan generar dependencias y a la asistencia e integración social de las personas de ellas dependientes.

b) La regulación general de las funciones y competencias en la materia de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia.

c) La configuración del Plan Regional Sobre Drogas como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Cantabria.

d) La protección a terceras personas de los perjuicios que pueda causarles el consumo de drogas.

2. Las prescripciones contenidas en la presente Ley serán de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que en materia de drogas se realicen dentro del ámbito territorial de la Comunidad de Cantabria.

Artículo 2. *Definiciones.*

1. A los efectos de esta Ley, se consideran drogas aquellas sustancias que, suministradas al organismo, son capaces de generar dependencia, provocan cambios en el comportamiento y efectos nocivos para la salud y el bienestar de las personas. Tienen tal consideración:

a) Las bebidas alcohólicas.

b) El tabaco.

c) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a control en virtud de las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado español.

d) Otras sustancias cuyo uso excesivo o inadecuado, individual o colectivo, son capaces de producir los efectos y consecuencias antes descritos.

2. Se entiende por drogodependencia aquella alteración del comportamiento que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo y que se caracteriza por un patrón desadaptativo con una tendencia al consumo compulsivo y continuado de drogas, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con él.

3. A los efectos de esta Ley, se entiende por consumo de drogas el uso no terapéutico, inadecuado o perjudicial de las mismas.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Las actuaciones en materia de drogas en la Comunidad Autónoma de Cantabria responderán a los siguientes principios rectores:

1. La responsabilidad pública, en coordinación y colaboración con las entidades privadas e instituciones, en la intervención sobre las condiciones sociales y culturales favorecedoras del consumo de drogas institucionalizadas y no institucionalizadas y sobre sus consecuencias a nivel individual, familiar y social.

2. La aprobación activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo del consumo de drogas, así como la solidaridad social con las personas con problemas de drogodependencia.

3. La consideración integral e interdisciplinar del proceso continuado de la prevención en drogodependencias, asistencia e incorporación social del drogodependiente, mediante la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales y la coordinación de las administraciones y entidades e instituciones, contando con la participación activa de la comunidad en el diseño, ejecución y control de las intervenciones destinadas a abordar los problemas relacionados con el consumo de drogas.

4. La consideración de la drogodependencia como una enfermedad de índole biológica y psicológica con trascendencia social, mediante la integración de las actuaciones, de asistencia e incorporación social del drogodependiente en los sistemas sanitario y de acción social.

5. La selección e implantación de las actuaciones y programas en materia de drogas en el marco de la ordenación sanitaria y de acción social de la Comunidad Autónoma de Cantabria, con sujeción a criterios de eficiencia y evaluación continua de resultados con la consideración prioritaria de las políticas y actuaciones preventivas en materia de drogodependencias y de todas aquellas estrategias dirigidas a reducción del riesgo y del daño por el consumo de drogas.

6. El enfoque global que sustenta el articulado de esta Ley en ningún caso debe enmascarar las sustanciales diferencias que presentan las causas, los factores y los efectos

del consumo de las distintas sustancias que pueden generar dependencias. Especialmente, en lo que se refiere a aquellas cuya fabricación y consumo tienen una tradicional tolerancia en nuestra sociedad, como las bebidas alcohólicas y el tabaco. Esa especificidad deberá ser tenida en cuenta en las respectivas estrategias y programas de prevención, asistencia e incorporación social de las personas dependientes.

Artículo 4. *Sujetos protegidos.*

La atención dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria se extenderá a todos los residentes en cualquiera de los municipios de la región. Los ciudadanos no residentes en Cantabria tendrán derecho a la atención en la forma y condiciones previstas en la legislación y en los convenios nacionales e internacionales de aplicación.

TÍTULO I

De la reducción de la demanda

Artículo 5. *Objetivos generales.*

Corresponde a las Administraciones Públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, promover, desarrollar, apoyar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendentes a:

1. Reducir la presencia, promoción, venta y niveles de consumo de drogas.
2. Aumentar los conocimientos y la responsabilidad de los ciudadanos en materia de prevención en drogodependencias.
3. Modificar las actitudes y comportamiento de la población en general respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.
4. Intervenir sobre las condiciones sociales y del entorno que favorezcan los factores de riesgo y el consumo de drogas.
5. Potenciar en el ámbito comunitario en general y en sectores específicos de la población en particular, una cultura de la salud, que incluya el rechazo del consumo de drogas.
6. Fomentar entre los ciudadanos, especialmente entre los menores de edad, alternativas de ocio saludables.

Artículo 6. *Criterios de actuación.*

1. Las actuaciones desarrolladas en materia de prevención en drogodependencias por las Administraciones Públicas en Cantabria, en colaboración con las entidades privadas e instituciones, deberán enmarcar la prevención en drogodependencias en un ámbito general de promoción de la salud y calidad de vida.
2. El ámbito prioritario de la prevención en drogodependencias será el comunitario. Dicha prevención se realizará mediante programas, en cuya elaboración y desarrollo podrán participar activamente las organizaciones y asociaciones sociales, cuyas iniciativas y actividades serán favorecidas por los poderes públicos.
3. Los programas preventivos combinarán su carácter educativo, orientado a la modificación de actitudes y hábitos, con la promoción de hábitos saludables. Dichos programas deberán, asimismo, ser sistemáticos en sus actuaciones, permanentes en el tiempo y evaluables.
4. Los programas preventivos se dirigirán preferentemente a sectores específicos de la sociedad, especialmente a la población juvenil, y contarán en su diseño, ejecución y evaluación con la participación de personas, entidades y asociaciones que puedan favorecer el cumplimiento de los objetivos del programa.

Artículo 7. *Actuaciones prioritarias.*

1. El Gobierno de Cantabria, dentro de su ámbito de competencias y en colaboración con otras Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, promoverá las siguientes actuaciones:

a) La realización de una política global preventiva que, mediante diferentes actuaciones sectoriales coordinadas, incida sobre los factores sociales, educativos, culturales, sanitarios y económicos que favorecen el consumo de sustancias que puedan generar dependencias en la Comunidad Autónoma.

b) La inclusión de la educación para la salud a lo largo de todo el proceso educativo, con un enfoque común a todas las materias, prestando particular atención a la prevención en las drogodependencias.

c) La promoción del asociacionismo juvenil, de los programas de voluntariado social y de alternativas saludables de ocio y tiempo libre dirigidas a los jóvenes; especialmente a aquellos que se encuentran en situación de mayor riesgo para el consumo de sustancias que puedan producir dependencias. Estas actuaciones se llevarán a cabo en el ámbito escolar.

d) La realización de programas de prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral, especialmente dirigidos al consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, y a sectores de producción con alto riesgo de consumo de drogas, así como a otros en los que su consumo pueda poner en peligro la vida o la salud de terceras personas.

e) La realización de programas comunitarios de prevención de las drogodependencias dirigidos a aquellas zonas urbanas y rurales con mayor incidencia y riesgo, en colaboración con las corporaciones locales, preferentemente a través de los Centros de Servicios Sociales y Unidades Básicas de Acción Social. Los programas comunitarios que, con participación de distintas corporaciones municipales abarquen una mancomunidad o ámbito comarcal legalmente establecidos serán considerados prioritarios y contarán con una coordinación específica.

f) La promoción entre la juventud de alternativas de formación profesional, primer empleo, autoempleo y promoción empresarial, al considerar que el fracaso escolar y la carencia de alternativas laborales constituyen factores predisponentes en la aparición de las drogodependencias.

g) El compromiso de las Administraciones Públicas competentes en la tarea de velar para que la planificación y desarrollo urbanístico responda a criterios de solidaridad, igualdad y racionalidad al considerar que el desarrollo urbano equilibrado constituye un factor de superación de causas que inciden en la aparición de las drogodependencias.

h) La acreditación de los programas de prevención que se realicen en Cantabria.

2. Como soporte a todas estas actuaciones prioritarias, las Administraciones Públicas competentes impulsarán la colaboración de los medios de comunicación social, especialmente mediante la difusión de mensajes preventivos. En este sentido las Administraciones Públicas procurarán la asistencia de los profesionales de la información a los cursos, encuentros o sesiones informativas que celebren.

3. Los programas preventivos contarán en su diseño, ejecución y evaluación con la participación de los sectores implicados, a través de sus asociaciones, entidades y profesionales. Asimismo, se promoverá la adecuada formación de los interlocutores sociales.

TÍTULO II

De la asistencia y la incorporación social

CAPÍTULO I

De las medidas generales de asistencia e incorporación social

Artículo 8. *Objetivos generales.*

Las acciones que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de Cantabria orientadas hacia las personas drogodependientes tendrán por finalidad:

1. Garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando en todo caso la calidad y eficacia de los diferentes servicios y programas integrados en la red asistencial de utilización pública.

2. Asegurar la coordinación entre los distintos servicios del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente.

3. Garantizar el respeto a los derechos de las personas drogodependientes como usuarios de los distintos servicios.

4. Estimular la demanda asistencial y el contacto de las personas drogodependientes con el conjunto de dispositivos del sistema.

5. Mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de las personas drogodependientes.

6. Mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente.

7. Potenciar las fórmulas de incorporación social del drogodependiente en un entorno social normalizado, especialmente a lo largo de todo el proceso asistencial.

8. Crear el clima y la cultura social que favorezca la solidaridad y la colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social del drogodependiente.

Artículo 9. *Criterios de actuación.*

Los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria adecuarán sus actuaciones a los siguientes criterios:

1. La oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes deberá ser accesible, diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar. Dicha oferta estará basada en programas asistenciales individualizados y flexibles en sus objetivos terapéuticos y planteamientos de intervención. En todo caso habrán de ser desarrollados con un enfoque activo que estimule la demanda asistencial.

2. La asistencia a las personas drogodependientes se prestará preferentemente en el ámbito comunitario, y siempre que las condiciones subjetivas así lo aconsejen, en la mayor proximidad posible a su entorno sociofamiliar, por lo que se potenciarán los dispositivos y programas asistenciales en régimen de ambulatorio.

3. La atención al drogodependiente y sus familiares se realizará a través del sistema sanitario público y del Sistema de Acción Social de la Comunidad Autónoma de Cantabria, incrementando sus recursos en función de las necesidades de la población e incorporando, cuando sea necesario, los recursos privados, convenientemente acreditados, para completar y diversificar los programas terapéuticos.

4. La incorporación social del drogodependiente es el objetivo final del proceso asistencial, por lo que se dispondrán las estructuras de paso en los programas asistenciales, así como la coordinación entre éstos y los de incorporación social, y en todo caso los aspectos relacionales, educativos y laborales del proceso de recuperación.

5. La incorporación social de las personas drogodependientes se apoyará en las redes generales y en su familia y entorno afectivo, adoptando, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades.

6. La evaluación permanente de los procesos y resultados de los diferentes centros, servicios y modelos de atención.

Artículo 10. *Actuaciones prioritarias.*

El Gobierno de Cantabria, dentro de su ámbito de competencia y en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes y las entidades privadas e instituciones convenientemente acreditadas, promoverá las siguientes actuaciones:

1. La atención a los drogodependientes desde las redes generales de los sistemas sanitario y de acción social, siempre desde un enfoque multidisciplinar, especialmente en el nivel primario.

2. La ampliación de la oferta asistencial en centros específicos de atención a drogodependientes, fundamentalmente en cuanto al incremento de actividad y programas que desarrollan y en todas aquellas medidas que favorezcan la accesibilidad de los usuarios a los recursos.

3. La inspección y control periódico de los centros, servicios, establecimientos y otros dispositivos de atención al drogodependiente, de carácter privado.

4. La potenciación de programas de incorporación social de personas drogodependientes y de asesoramiento a sus familiares.

5. Con carácter prioritario la realización de programas encaminados a la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente y la creación y extensión regional de programas específicos dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos programas incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos opiáceos, al control sanitario y a la atención social.

6. La potenciación de programas de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, con objeto de conseguir su progresiva incorporación social-laboral.

7. La sensibilización de la sociedad en general, con el fin de promover la participación activa y solidaria de la comunidad en el proceso de asistencia e incorporación social del drogodependiente y de modificar las actitudes negativas hacia el mismo.

Artículo 11. *Ámbito judicial y penitenciario.*

El Gobierno de Cantabria en el ámbito judicial y penitenciario:

1. Promoverá la realización de programas de educación sanitaria y atención a reclusos drogodependientes a través prioritariamente del propio sistema penitenciario.

2. Propiciará, a través de centros y servicios públicos o privados acreditados, la posibilidad de alternativas para las demandas de remisión condicionada de la pena o cumplimiento de la pena en centro terapéutico formuladas por la Administración de Justicia e Instituciones Penitenciarias. En este sentido promoverá la adopción de convenios de colaboración con ambas que incluyan las necesarias medidas de financiación. En todos estos casos, la competencia en la adopción de decisiones terapéuticas residirá en los equipos del sistema de asistencia e incorporación social del drogodependiente de la Comunidad de Cantabria.

3. Impulsará programas y colaborará con otras Administraciones Públicas para la atención de los drogodependientes detenidos.

Artículo 12. *Ámbito laboral.*

1. El Gobierno de Cantabria impulsará programas de motivación de la demanda de atención de trabajadores con problemas de consumo de drogas en el ámbito laboral. En su diseño, ejecución y evaluación, participarán de manera prioritaria sindicatos, empresarios, Servicios Médicos de Empresa y Comités de Seguridad y Salud.

2. Se fomentarán los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales, tendentes a la reserva del puesto de trabajo de las personas drogodependientes durante su proceso de recuperación, y al desistimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en casos de problemas derivados del abuso de drogas. El Gobierno de Cantabria facilitará en el marco de dichos acuerdos la atención a los trabajadores afectados.

3. El Gobierno de Cantabria en sus centros, establecimientos y servicios, reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento. Los Comités de Seguridad y Salud de las distintas dependencias de la Administración Regional velarán por la aplicación de lo dispuesto en la presente Ley a sus trabajadores. Para lo cual procederá a la promulgación de la norma correspondiente, en el plazo máximo de tres meses desde la entrada en vigor de la presente Ley.

CAPÍTULO II

De los derechos y deberes de las personas drogodependientes ante los sistemas sanitarios y de acción social

Artículo 13. *Derechos y deberes.*

1. Derechos: Los ciudadanos acogidos al ámbito de esta Ley, en su consideración de enfermos, disfrutan de todos los derechos recogidos en el ordenamiento jurídico vigente para

los usuarios de los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, mereciendo particular atención los siguientes:

a) A la información sobre los servicios a los que puede acceder y requisitos y exigencias que plantea su tratamiento. Así como a que se le solicite el consentimiento informado previo por escrito al inicio del mismo.

b) A la gratuidad de la asistencia, dentro del sistema sanitario público, de los servicios sociales en general y de los centros privados concertados, con las excepciones que se pudieran determinar reglamentariamente.

c) A recibir un tratamiento adecuado, prestado por centro y servicio acreditado.

d) A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales y al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por ninguna causa.

e) A la voluntariedad para iniciar y cesar el tratamiento excepto en los casos señalados en la legislación vigente.

f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en cualquier dispositivo asistencial de Cantabria.

g) A información completa y gratuita, comprensible y continuada, verbal y escrita, sobre el proceso de tratamiento que esté siguiendo.

h) A que se le extienda certificación gratuita acreditativa sobre su situación, así como sobre el tratamiento que haya seguido (informe de alta) o esté siguiendo.

i) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso asistencial. Caso que dicho soporte fuere informático estará en todo caso sujeto a las disposiciones reguladoras que garanticen la confidencialidad de los datos y el uso de los mismos, siéndole solicitada la preceptiva autorización.

j) A ser informado en el caso que se le piense incluir en algún tipo de estudio e investigación, a recibir explicación detallada sobre los propósitos del mismo, a saber en qué consistirá exactamente su participación. Deberá saber que deberá, en dicho caso, si acepta, otorgar por escrito la debida autorización y que puede negarse, garantizándosele que su negativa no implicará ningún tipo de discriminación por lo que respecta a su asistencia.

k) A la libre elección entre las opciones de tratamiento y a la negativa a determinadas alternativas terapéuticas.

l) A conocer el nombre y estamento profesional de las personas encargadas de su asistencia, que deberán estar debidamente identificadas.

m) A saber quién es la persona, personas, unidades o servicios a las que puede dirigirse para preguntar o plantear cuestiones o quejas, aun sobre asuntos no clínicos estrictamente.

n) A conocer la normativa del centro o institución en lo referente a todos aquellos aspectos que pudieran afectarle.

ñ) A conocer con exactitud los mecanismos y vías para formular las quejas y reclamaciones que estime pertinentes y a que éstas sean respondidas en el mínimo tiempo posible.

2. Deberes: El usuario del sistema de atención e incorporación social del drogodependiente se verá obligado, por su parte, a observar los siguientes deberes:

a) De cumplimiento de todas las especificaciones e indicaciones que, a lo largo del programa de tratamiento, voluntariamente aceptado, se le indiquen. b) De colaborar al máximo en el cumplimiento del reglamento interno y normativa de funcionamiento del centro.

c) De firmar el alta voluntaria en caso de negativa al tratamiento.

d) De responder, con la garantía de mantenerse la máxima confidencialidad acerca de ello, a las cuestiones que, respetando sus derechos como persona, le sean planteadas en el curso de su diagnóstico y/o tratamiento.

e) De someterse a las determinaciones toxicológicas que le sean indicadas, en el momento en que le sean señaladas.

f) Caso de hacer uso de su derecho a la negativa en los apartados anteriores se considerará una negativa al tratamiento.

g) De tratar con respeto a todo el personal del centro y resto de usuarios del servicio.

h) De observar las normas de comportamiento y urbanidad socialmente aceptadas durante su permanencia en el centro.

i) De respetar las normativas de funcionamiento particulares de cada recurso asistencial que previamente le habrán sido comunicadas.

Artículo 14. *Garantías de los derechos.*

1. El Gobierno de Cantabria establecerá reglamentariamente el contenido y alcance específico de dichos derechos y las garantías de reparación que procedan por su incumplimiento.

2. Las infracciones por violación de estos derechos estaban sometidas al régimen sancionador contemplado en esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias o de otro tipo del personal autor de las mismas.

3. Los centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales, públicos y privados, de atención al drogodependiente dispondrán de información accesible de los derechos de los pacientes y hojas de reclamaciones y sugerencias así como de medios para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público.

4. El ingreso de una persona en un centro o servicio de carácter específico vendrá precedido de la firma del correspondiente contrato terapéutico, en el que se reflejen con claridad los derechos y obligaciones a observar en el proceso de recuperación.

CAPÍTULO III

Del Sistema de Asistencia e Incorporación Social del Drogodependiente

Artículo 15. *Características generales.*

1. El Sistema de Asistencia e Incorporación Social del Drogodependiente se configura como una red asistencial de utilización pública diversificada que integra de forma coordinada centros y servicios generales, especializados, y específicos del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social, complementados con recursos privados debidamente acreditados.

En ningún caso los recursos del Sistema de Asistencia e Incorporación Social del Drogodependiente formarán una red propia separada de las redes de asistencia generales.

2. El Gobierno de Cantabria establecerá reglamentariamente los requisitos y procedimientos para la autorización administrativa y acreditación de los centros y servicios de atención al drogodependiente.

Artículo 16. *Niveles asistenciales.*

1. El Sistema de Asistencia e Incorporación Social del Drogodependiente se estructura en tres niveles de intervención. El circuito terapéutico, la jerarquización de los recursos, las condiciones de: acceso y derivación de drogodependientes al mismo, así como la inclusión de niveles correlativamente de intervención, serán delimitadas y desarrolladas por el Plan Regional Sobre Drogas.

2. En todo caso, la configuración del circuito terapéutico supone la aceptación de los diferentes centros, servicios y programas de los objetivos generales de la atención, de un estilo de trabajo común, de una necesidad de coordinación, y de las instituciones que la Ley y el Plan atribuyen a cada nivel y servicio.

Artículo 17. *Primer nivel.*

1. El primer nivel estará constituido por:

a) Los equipos de Atención Primaria de Salud.

b) Las unidades básicas de Acción Social y los centros de servicios sociales.

c) Los programas que se determinen desarrollados por asociaciones de ayuda y autoayuda y otras entidades.

2. Son funciones del nivel primario de atención a las personas drogodependientes:

a) Información, orientación, motivación y educación sanitaria.

b) Diagnóstico y detección precoz.

c) Atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al consumo de drogas.
d) Apoyo a su proceso de incorporación social.
e) Apoyo a sus familias y entorno afectivo.
f) Programas de desintoxicación y seguimiento sanitario.

3. El Plan Regional sobre Drogas establecerá los mecanismos de coordinación y reparto de funciones entre los centros, servicios y asociaciones, garantizando una actuación integral en el territorio.

Artículo 18. *Segundo nivel.*

1. El segundo nivel estará constituido por:

a) Centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes de los que existirán, al menos, uno por Área de Salud que se constituirán en un dispositivo de referencia para este nivel.
b) Equipos de Salud Mental de Atención Primaria.
c) Unidades de Psiquiatría de hospitales generales.
d) Programas de rehabilitación en régimen intermedio.
e) Hospitales generales.
f) Centros y programas acreditados de tratamiento con sustitutivos opiáceos.

En cada Área de Salud existirán en la medida en que las disponibilidades lo permitan, todos los servicios y programas enunciados.
2. Son funciones básicas de los servicios y programas del segundo nivel los siguientes:

a) La desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
b) El apoyo a los procesos de incorporación social.
c) La atención a la patología somática asociada al consumo de drogas.
d) La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
e) La educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos de SIDA.
f) La realización de programas de reducción de daños.

Artículo 19. *Tercer nivel.*

1. El tercer nivel estará constituido por los siguientes centros y servicios, con ámbito de actuación regional:

a) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
b) Comunidades Terapéuticas Acreditadas.
c) Pisos de acogida, reinserción o de apoyo a desintoxicación.
d) Centros de emergencia social.

2. Es función de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria la desintoxicación de personas drogodependientes.
3. Son funciones básicas de las Comunidades Terapéuticas Acreditadas la desintoxicación, deshabituación y rehabilitación en régimen residencial de personas drogodependientes.
4. Los pisos de acogida, reinserción o de apoyo a desintoxicación son recursos específicos cuyas funciones consisten en prestar apoyo a los centros de tratamiento y aquellos usuarios de los servicios que carecen de soporte sociofamiliar que les impide realizar el proceso terapéutico en régimen ambulatorio.
5. Los centros de emergencia social o centros de encuentro y acogida son centros cuya función consiste en prestar apoyo social inmediato de carácter temporal a usuarios que presenten graves carencias.

TÍTULO III

De la reducción de la oferta

CAPÍTULO I

De las limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 20. *Condiciones de la publicidad.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 34/1988, General de Publicidad, la promoción y publicidad, tanto directa como indirecta, de bebidas alcohólicas y tabaco deberá respetar, en todo caso, las siguientes limitaciones:

a) No está permitida la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco dirigida a menores de dieciocho años.

b) En los medios de comunicación social editados en la Comunidad Autónoma, se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en los programas, páginas o secciones dirigidas preferentemente al público infantil o juvenil.

c) Asimismo, queda prohibida la utilización de la imagen y la voz de menores de dieciocho años en la confección de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco.

d) No estará permitido que los mensajes publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco se asocien a una mejora del rendimiento físico o psíquico al éxito social, a equipos terapéuticos, a la conducción de vehículos y al manejo de armas. Asimismo, queda prohibido ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad.

e) Lo establecido en los apartados anteriores se extiende a todo tipo de publicidad directa o indirecta, incluyendo la de objetos que por su denominación, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa pueda suponer una publicidad encubierta de bebidas alcohólicas o de tabaco.

f) No podrá realizarse el patrocinio o financiación de actividades deportivas o culturales, dirigidas exclusivamente a menores de dieciocho años, por parte de las personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación, promoción o distribución de bebidas alcohólicas o de tabaco, si ello lleva aparejada la publicidad de dicho patrocinio, o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionados con las bebidas alcohólicas o el tabaco.

2. El Gobierno de Cantabria impulsará la formalización de acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco, destinadas a la autolimitación de la publicidad de estas sustancias.

3. El Gobierno de Cantabria no utilizará como soportes informativos o publicitarios objetos relacionados con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

Artículo 21. *Prohibiciones.*

Se prohíbe expresamente la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas y tabaco en:

1. Los centros y dependencias de la Administración de la Comunidad de Cantabria.
2. Los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.
3. Los centros docentes, incluidos los destinados a la enseñanza deportiva.
4. Los centros y espectáculos destinados mayoritariamente a un público menor de dieciocho años.
5. Los medios de transporte público.
6. Todos los lugares donde esté prohibida su venta y consumo.
7. Otros centros y lugares similares a los mencionados que se determinan reglamentariamente.

Artículo 22. *Promoción.*

1. Las actividades de promoción de bebidas alcohólicas y tabaco en ferias, certámenes, exposiciones y actividades similares se situarán en espacios diferenciados cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas.

En estas actividades no estará permitido ni el ofrecimiento ni la degustación gratuita a menores de dieciocho años. Tampoco estará permitido el acceso a menores de dieciocho años no acompañados de personas mayores de edad.

2. Estará prohibida la promoción de bebidas alcohólicas y tabaco mediante la distribución de información por buzones, correo, teléfono y en general, mediante cualquier mensaje que se envíe a un domicilio, salvo que éste vaya dirigido nominalmente a mayores de dieciocho años.

3. En las visitas a los centros de producción, elaboración y distribución de bebidas alcohólicas, no podrán ofrecerse los productos a los menores de edad.

CAPÍTULO II

De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 23. *Prohibiciones.*

1. No se permitirá la venta ni el suministro de bebidas alcohólicas a los menores de 18 años en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Asimismo, se prohíbe en dicho ámbito territorial la venta y suministro de cualquier tipo de bebidas alcohólicas, gratuitas o no, realizadas a través de establecimientos de cualquier clase, a excepción de los establecimientos autorizados para su consumo y de las tiendas de conveniencia, durante el horario nocturno, entendiéndose como tal el comprendido entre las veintidós horas y las ocho horas del día siguiente.

2. La venta o el suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas automáticas sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados, haciéndose constar en su superficie frontal la prohibición que tienen los menores de consumir bebidas alcohólicas y a la vista de una persona encargada de que se cumpla la citada prohibición.

3. En los establecimientos de autoservicio la venta de bebidas alcohólicas se realizará en una sección concreta, con letreros anunciadores de la prohibición de su venta a menores.

4. Para contribuir a la reducción del abuso de bebidas alcohólicas, las Corporaciones Locales establecerán los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de este tipo de bebidas, así como la venta y consumo de las mismas, en la vía pública, restringiéndola al máximo.

5. En las localidades de población superior a 20.000 habitantes que no cuenten con ordenanza reguladora de la distancia y localización de establecimientos de venta de bebidas alcohólicas, y en tanto no cuenten con la misma, la distancia mínima entre las puertas de acceso de los establecimientos será de 25 metros. Esta normativa sólo será de aplicación a los establecimientos que tramiten su licencia de apertura con posterioridad a la entrada en vigor de esta Ley.

6. No se permitirá la venta ni el consumo de bebidas alcohólicas en:

a) Los centros y dependencias de la Administración de la Comunidad de Cantabria, salvo en los lugares expresamente habilitados al efecto.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y sociales, salvo en las dependencias habilitadas al efecto.

c) Los centros educativos de Enseñanza Primaria, Secundaria, Formación Profesional y especial, así como sus dependencias.

d) Los centros destinados a la enseñanza deportiva.

e) Los centros de asistencia a menores.

f) Los establecimientos dedicados al despacho de pan y leche.

g) La vía pública, salvo terrazas, veladores, o en días de fiestas patronales regulados por la correspondiente ordenanza municipal.

Artículo 24. *Acceso de menores a locales.*

1. Salvo lo establecido en el siguiente párrafo, queda prohibida la entrada de los menores de dieciocho años en discotecas, salas de fiesta y establecimientos similares, en los que se venda o facilite el consumo de bebidas alcohólicas.

2. Excepcionalmente, estos locales podrán establecer sesiones especiales para los menores de dieciocho años, con horarios y señalización diferenciada y que no podrán tener continuidad ininterrumpida con la venta de bebidas alcohólicas, retirándose en estos períodos la exhibición y publicidad de bebidas alcohólicas. Al objeto de limitar la adquisición de hábitos asociados a futuro consumo de bebidas alcohólicas se procurará, por las Administraciones responsables, restringir al máximo las autorizaciones administrativas al efecto.

CAPÍTULO III

De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco

Artículo 25. *Limitaciones a la venta.*

1. No se permitirá la venta ni el suministro de tabaco, ni de productos que le imiten o introduzcan el hábito de fumar y sean nocivos para la salud, a los menores de dieciocho años en el territorio de la Comunidad de Cantabria.

2. La venta o el suministro de tabaco a través de máquinas automáticas sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados, haciéndose constar en su superficie frontal la prohibición que tienen los menores de dieciocho años de adquirir tabaco, y a la vista de una persona encargada de que se cumpla la citada prohibición.

3. No se permitirá la venta ni el suministro de tabaco en:

a) Los centros y dependencias de la Administración de la Comunidad de Cantabria.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales y sus dependencias.

c) Los centros educativos de enseñanza primaria, secundaria, formación profesional y especial, así como sus dependencias.

d) Los centros destinados a la enseñanza deportiva.

e) Los centros de asistencia a menores.

f) Las instalaciones deportivas.

Artículo 26. *Limitaciones al consumo.*

Se prohíbe fumar en los espacios contemplados en la legislación estatal sobre medidas sanitarias frente al tabaquismo, así como en las playas ubicadas en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

CAPÍTULO IV

De otras medidas de control

Artículo 27. *Estupefacientes y psicótropos.*

La Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social elaborará y proporcionará información actualizada a los usuarios y profesionales de los Servicios Sanitarios sobre la utilización en Cantabria de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y demás medicamentos capaces de producir dependencia.

Artículo 28. *Control de sustancias químicas.*

1. El Gobierno de Cantabria, en el marco de sus competencias, regulará las condiciones y presentación a la venta de sustancias y productos comerciales que pueden producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia, a fin de evitar su uso como drogas.

2. La Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social determinará reglamentariamente la relación de productos a que se refiere el apartado anterior.

TÍTULO IV

De los instrumentos de planificación, coordinación y participación

CAPÍTULO I

Del Plan Regional sobre Drogas

Artículo 29. *Naturaleza y características.*

1. El Plan Regional sobre Drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Cantabria.
2. El Plan Regional sobre Drogas será vinculante para todas las Administraciones Públicas, entidades públicas y privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas.
3. El Plan Regional sobre Drogas tendrá carácter trienal.

Artículo 30. *Contenido del Plan.*

1. El Plan Regional sobre Drogas contemplará en su redacción, al menos, los siguientes elementos:

a) Análisis de la problemática y aproximación epidemiológica al consumo de drogas en Cantabria.
b) Objetivos generales y objetivos específicos por áreas de intervención.
c) Criterios básicos de actuación.
d) Programas y calendario de actuaciones.
e) Responsabilidades y funciones de las Administraciones Públicas, entidades públicas y privadas e instituciones. Que desarrollan actuaciones en materia de drogas.
f) Descripción del circuito terapéutico y de los niveles de intervención.
g) Recursos necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.
h) Mecanismos de evaluación.
i) Plan Director y de gestión.

2. El Plan Regional sobre Drogas deberá precisar de forma cuantitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, sus objetivos, prioridades y estrategias, de modo que se pueda medir su impacto y evaluar sus resultados.

Artículo 31. *Elaboración y aprobación del Plan.*

1. La elaboración del Plan Regional sobre Drogas corresponde a la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, que procederá a su redacción, de acuerdo con las directrices que hayan sido establecidas en esta materia por el Gobierno de Cantabria.
2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación que prevé esta Ley.
3. El Plan Regional sobre Drogas será aprobado por la Asamblea Regional de Cantabria, a propuesta del Consejo de Gobierno.

CAPÍTULO II

De la coordinación

Artículo 32. *Instrumentos de coordinación.*

Para la coordinación, seguimiento y evaluación de las actuaciones contempladas en esta Ley y en el Plan Regional sobre Drogas se constituyen los siguientes órganos de coordinación:

a) Comisión Interdepartamental sobre Drogas.
b) Dirección del Plan Regional sobre Drogas.
d) Comisión Regional sobre Drogas.

e) Comisión Regional de Acreditación y Control de Tratamiento con Agonistas Opiáceos a personas dependientes de los mismos.

Artículo 33. *Comisión Interdepartamental sobre Drogas.*

1. En el seno de la Administración Autonómica de Cantabria se constituirá una Comisión Interdepartamental en materia de drogas, presidida por el Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y compuesta por representantes de las diferentes Consejerías relacionados con esta materia y por el Director del Plan Regional sobre Drogas.

2. Sus características, composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 34. *Dirección del Plan Regional sobre Drogas.*

1. La Dirección del Plan Regional sobre Drogas de Cantabria es el órgano unipersonal de coordinación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Cantabria y de gestión de los recursos destinados específicamente a este fin por el Gobierno Regional.

2. La Dirección del Plan Regional sobre Drogas, con atribuciones y nivel jerárquico asimilado a Jefatura de Servicio, quedará adscrita a la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

3. Para el desempeño de sus funciones, la Dirección del Plan Regional sobre Drogas estará dotada de una oficina de apoyo administrativo, así como de un Comité Técnico que asistirá a la Dirección del Plan en su evaluación y seguimiento. Las funciones del Director, así como los medios materiales y humanos de la oficina, se determinarán reglamentariamente.

4. La Dirección del Plan Regional sobre Drogas elaborará una Memoria Anual sobre funcionamiento del Plan que será aprobada por el Consejo de Gobierno.

Artículo 35. *Comisión Regional sobre Drogas.*

1. Se constituirá una Comisión Regional sobre Drogas, presidida por el Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, o persona en quien delegue, de la que formarán parte representantes de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, INSALUD, entidades privadas e instituciones con servicios o programas acreditados, representantes de las organizaciones sindicales y empresariales y del propio Gobierno de Cantabria, con la finalidad de coordinar actuaciones y programas.

2. Sus características, composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 36. *Comisión Regional de Acreditación, Evaluación y Control de Centros o Servicios de Tratamiento con Agonistas Opiáceos a personas dependientes de los mismos (Comisión de Tratamiento con Opiáceos).*

1. La Comisión Regional de Acreditación, Evaluación y Control de Centros o Servicios de Tratamientos con Agonistas Opiáceos a personas dependientes de los mismos (Comisión de Tratamiento con Opiáceos), creada y regulada por la Orden de 15 de mayo de 1990, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, publicada en el «Boletín Oficial de Cantabria» de 29 de mayo, constituye el órgano regulador de los tratamientos con opiáceos en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

2. Su composición, facultades y régimen de funcionamiento serán las recogidas en la mencionada Orden y en la Corrección de errores publicada en el «Boletín Oficial de Cantabria» de 28 de junio de 1990.

CAPÍTULO III

De la participación social

Artículo 37. *Consejo Asesor.*

1. Se constituirá un Consejo Asesor, como órgano colegiado de carácter consultivo, a través del cual se promueva la participación de la comunidad.
2. El Consejo Asesor estará compuesto por los siguientes miembros:

Nueve representantes del Gobierno de Cantabria, a propuesta del Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
Dos representantes de la Delegación del Gobierno en Cantabria.
Tres en representación de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, a propuesta de cada uno de ellos.
Tres en representación del resto de municipios.
Dos en representación de las Centrales Sindicales de mayor implantación en el conjunto de la Comunidad Autónoma.
Dos en representación de las Organizaciones Empresariales.
Dos en representación de las Asociaciones de Padres de Alumnos.
Dos en representación de las Asociaciones de Vecinos.
Dos en representación de las Organizaciones de Consumidores y Usuarios.
Cinco en representación de los Colegios Profesionales relacionados con la problemática de las drogodependencias.
Cinco en representación de las entidades privadas e instituciones con centros y programas acreditados en materia de drogodependencias.

Artículo 38. *Funciones del Consejo Asesor.*

Son funciones del Consejo Asesor:

a) Asesorar a los distintos órganos del Gobierno de Cantabria en materia de drogodependencias.
b) Informar el Anteproyecto del Plan Regional sobre Drogas, sus revisiones y adaptaciones y conocer el estado de su ejecución.
c) Informar las normas que sobre esta materia, y especialmente en desarrollo de esta Ley, dicte el Gobierno de Cantabria.
d) Conocer las decisiones en materia de autorización y acreditación de centros.
e) Informar las necesidades detectadas y proponer prioridades de actuación.
f) Conocer y verificar la adecuación del funcionamiento de todos los centros, servicios y programas del Sistema.
g) Informar la Memoria Anual del Plan Regional sobre Drogas.
h) Elaborar su propio Reglamento de Funcionamiento.
i) Cuantas otras funciones se le atribuyan legal o reglamentariamente.

Artículo 39. *Colaboración de la iniciativa privada.*

1. Los centros, servicios, establecimientos y otros dispositivos de atención al drogodependiente de carácter privado podrán integrarse en la Red Asistencial de Utilización Pública, mediante la celebración de convenios singulares de vinculación, en los términos que reglamentariamente se determinen.
2. También podrán establecerse conciertos y conceder subvenciones para la prestación de servicios con medios ajenos a la Red Asistencial de Utilización Pública en los casos de insuficiencia de la misma. Excepcionalmente podrá hacerse uso de servicios no vinculados o no incluidos en conciertos.
3. Para acceder a este régimen de conciertos y subvenciones, los principios y programas de las entidades privadas deberán estar en concordancia con los enunciados de la presente Ley.
4. Para la celebración de convenios y conciertos tendrán una consideración preferente las entidades u organizaciones sin ánimo de lucro.

Artículo 40. *Funciones de la iniciativa privada.*

Las entidades privadas e instituciones podrán cooperar con las Administraciones Públicas en el desempeño de las siguientes funciones:

a) La sensibilización social y la información.
b) La prevención de las drogodependencias.
c) La asistencia e integración social de drogodependientes.
d) La formación.
e) La investigación y evaluación.

Artículo 41. *Voluntariado.*

1. Las Administraciones Públicas y las entidades privadas e instituciones fomentarán la participación del voluntariado social del drogodependiente en las condiciones establecidas por la Ley 6/1996, de 15 de enero, Reguladora del Voluntariado Social.
2. Los hábitos preferentes de actuación de la iniciativa social se circunscribirán a la concienciación social en torno a la problemática de la drogodependencia, la difusión de criterios, el apoyo a la reinserción y la prevención en el ámbito comunitario.

Artículo 42. *Comisiones de participación.*

A los efectos de lograr una mayor operatividad se constituirán dos comisiones de participación:

1. Comisión Intermunicipal.
Estará integrada por representantes de la Dirección del Plan Regional sobre Drogas y los Ayuntamientos que poseen servicios, específicos o no, con intervención en drogodependencias.
2. Comisión de O.N.G.
Integrada por representantes de la Dirección del Plan Regional sobre Drogas y las O.N.G. con intervención en drogodependencias.
3. Funciones.

Las comisiones de participación tendrán como funciones:

a) Analizar la situación del fenómeno de las drogodependencias.
b) Estudiar los problemas específicos en sus respectivos sectores.
c) Proponer propuestas de actuaciones.
d) Conocer líneas de intervención.
e) Estudiar alternativas de actuación.

CAPÍTULO IV

De la investigación

Artículo 43. *Investigación.*

1. Con objeto de aumentar los conocimientos existentes sobre el fenómeno de las drogodependencias, el Gobierno de Cantabria promoverá la realización de estudios e investigaciones, considerándose áreas prioritarias las siguientes:

a) Niveles y tendencias en el consumo de drogas, con especial atención al consumo juvenil de bebidas alcohólicas.
b) Actitudes y estados de opinión de la población general respecto al fenómeno de las drogodependencias.
c) Repercusiones individuales y sociales del consumo de drogas.
d) Evaluación de los diferentes programas de intervención y, particularmente, de la efectividad de los métodos y programas terapéuticos.
e) Estilos de vida asociados al consumo de drogas.

2. El Gobierno de Cantabria impulsará la formalización de convenios de colaboración para potenciar la investigación básica en el campo de las drogodependencias, para los cuales tendrán una consideración preferente las Universidades de Cantabria.

3. En los proyectos docentes o de investigación sobre las drogodependencias en el ámbito sanitario será preceptiva, además de la autorización del usuario, la aceptación expresa del médico y de la dirección del centro sanitario.

4. Asimismo, el Gobierno de Cantabria, promoverá acuerdos con empresas fabricantes y distribuidores de bebidas alcohólicas y tabaco destinados a fomentar la investigación de sustancias sustitutivas de los elementos más nocivos presentes en las mencionadas drogas.

CAPÍTULO V

De la formación

Artículo 44. *Formación.*

1. El Gobierno de Cantabria promoverá programas específicos de formación de aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e incorporación social de personas drogodependientes.

2. Serán sectores preferentes de formación en el ámbito de las drogodependencias para las Administraciones Públicas los siguientes:

a) Profesionales de atención primaria y servicios sociales de base.

b) Profesores y padres de alumnos de enseñanza primaria y secundaria.

c) Representantes de asociaciones juveniles y profesionales que trabajen con este sector de población.

d) Profesionales de oficinas de farmacia.

e) Funcionarios de la Administración de Justicia y Penitenciaria.

f) Profesionales del medio hospitalario de los servicios de urgencias y de los servicios directamente relacionados con la población drogodependiente.

g) Miembros de asociaciones de ayuda y autoayuda y profesionales de centros y programas específicos de atención a drogodependientes.

h) Personal de otras instituciones y entidades que desarrollen programas específicos en materia de drogas.

i) El voluntariado.

j) Fuerzas y cuerpos de seguridad del estado y policías municipales.

k) Profesionales de instituciones públicas o privadas de atención a menores.

CAPÍTULO VI

Del control parlamentario

Artículo 45. *Comisión parlamentaria.*

1. La Asamblea Regional de Cantabria ejercerá sus competencias de control de las actuaciones e intervenciones de las diferentes administraciones e instituciones implicadas así como del propio Plan Regional sobre Drogas a través de la creación de una Comisión Parlamentaria Especial sobre las Drogodependencias.

2. Serán funciones de dicha Comisión:

a) Examinar e informar el proyecto Plan Cuatrienal sobre Drogas como elemento ejecutivo y operativo de actuación.

b) Estudiar e informar las propuestas de Presupuesto del Gobierno de Cantabria en este sentido.

c) Formular propuestas de actuación y de mejora del propio Plan Regional sobre Drogas.

d) Examinar e informar la Memoria Anual del Plan Regional sobre Drogas.

e) Proceder al estudio y análisis de la situación del fenómeno de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

f) Cualesquiera otras que se le atribuyan legal o reglamentariamente.

3. Funcionamiento.

A los efectos de su funcionamiento la Comisión Parlamentaria Especial sobre Drogodependencias se atendrá a lo dispuesto en el Reglamento de la Asamblea Regional y demás disposiciones legales que pudieren afectarle.

TÍTULO V

De las competencias de las Administraciones Públicas

Artículo 46. *Competencias del Gobierno de Cantabria.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de Cantabria:

1. El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de Cantabria.
2. La aprobación del Plan Regional sobre Drogas.
3. La aprobación de la estructura orgánica de la Dirección del Plan Regional sobre Drogas.
4. La aprobación del proyecto de presupuesto del Plan Regional sobre Drogas.
5. La aprobación de la estructura de los órganos de coordinación previstos en esta Ley.
6. La aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención a drogodependientes.
7. La aprobación, modificación y revisión de las tarifas por la prestación y concertación de servicios que puedan establecerse con instituciones, entidades o particulares públicos o privados, en los términos que reglamentariamente se establezcan.
8. La regulación y el otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades e instituciones en el campo de las drogodependencias.
9. La aprobación de la normativa y disposiciones reglamentarias en el ámbito de drogas y las derivadas de la presente Ley.

Artículo 47. *Competencias de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.*

Además de aquellas otras competencias que le vienen atribuidas realmente, corresponde a la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social:

1. El control de los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias, sociosanitarias y sociales relacionadas con la prevención, asistencia e integración social de las personas drogodependientes, y en particular:

a) El otorgamiento de la autorización de instalación, puesta en funcionamiento, modificación, ampliación, traslado y cierre de centros, servicios y establecimientos.
b) La acreditación de centros, servicios y establecimientos, su renovación y revocación.
c) La regulación y el mantenimiento de los registros pertinentes de las entidades, centros y programas integrados en el Plan Regional sobre Drogas.
d) El ejercicio de la función inspectora.
e) La evaluación de los diferentes programas preventivos, asistenciales y de integración social.

2. La elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de Cantabria del Plan Regional sobre Drogas.
3. La propuesta de la estructura orgánica de la Dirección del Plan Regional sobre Drogas y del Servicio de Drogodependencias.
4. La formulasen de anteproyecto de presupuesto del Plan Regional sobre Drogas.
5. La propuesta de regulación y el otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades e instituciones en el campo de las drogodependencias.
6. La coordinación general con las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones de las actuaciones en materia de drogas.

7. La gestión de los recursos públicos propios de intervención del servicio de drogodependencias.

8. Las competencias señaladas en los puntos precedentes podrán delegarse en órganos inferiores de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el alcance que reglamentariamente se determine.

Artículo 48. *Competencias de los Ayuntamientos.*

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a los Ayuntamientos de Cantabria en su ámbito territorial:

a) El establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

b) El otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que se establecen en el Título III de esta Ley, especialmente en las propias dependencias municipales.

d) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de Cantabria tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e incorporación social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los servicios sociales.

b) La coordinación de los programas de prevención e incorporación social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.

c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas.

d) La formación en materia de drogas del personal propio.

e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

TÍTULO VI

De las infracciones y sanciones

Artículo 49. *Régimen sancionador.*

1. Las infracciones a lo regulado en las presente Ley serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. 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.

Artículo 50. *Infracciones.*

Se tipifican como infracciones a lo dispuesto en la presente Ley:

a) Incumplir lo establecido en los artículos 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 28 sobre condiciones de la publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias químicas, sin perjuicio de las competencias atribuidas a la Administración del Estado.

b) Dificultar o impedir cualquiera de los derechos de las personas drogodependientes antes los sistemas sanitario y de acción social, así como los recogidos en el artículo 13 de esta Ley.

c) Obstruir la acción de los servicios de inspección.

d) Negar el suministro de información o proporcionar datos falsos o fraudulentos.

e) Aplicar las ayudas o subvenciones públicas a finalidades distintas a aquellas para las que se otorgan, sin perjuicio de lo establecido en la legislación al respecto de la Comunidad Autónoma de Cantabria y demás normativas que resulten aplicables.

f) Incumplir las normas relativas a la autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros o servicios de atención a drogodependientes.

Artículo 51. *Clasificación de las infracciones.*

1. Las infracciones se clasifican como leves, graves y muy graves, de acuerdo con criterio de riesgo para la salud, gravedad de la alteración social producida por los hechos, cuantía del beneficio obtenido, grado de intencionalidad, generalización de la infracción y reincidencia.

2. Se clasificarán como leves las infracciones tipificadas en el artículo 50 cuando se hayan cometido por simple negligencia y no comporten un perjuicio directo para la salud.

3. Se calificarán como infracciones graves las tipificadas en el artículo 50 cuando no concurran en su comisión las circunstancias y supuestos contemplados en los apartados 2 y 4 de este artículo. También tendrá la consideración de infracción grave la reincidencia en infracciones leves.

4. Se califican como infracciones muy graves la reincidencia en infracciones graves, y aquellas otras que por sus circunstancias concurrentes comporten cualquiera de los siguientes supuestos:

a) Un grave perjuicio para la salud de los usuarios.

b) Negativa absoluta a facilitar información o a prestar colaboración a los servicios de inspección, así como el falseamiento de la información suministrada a dichos servicios.

c) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercitadas sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

5. Se produce reincidencia cuando al cometer la infracción el sujeto hubiera sido ya sancionado por esa misma falta, o por otra de gravedad igual o mayor o por dos o más infracciones de gravedad inferior, durante el último año.

Artículo 52. *Sanciones.*

1. Las infracciones a la presente Ley serán sancionadas, en su caso, con multa, cese temporal de la actividad o cierre del establecimiento, local o empresa.

2. La graduación de las sanciones será proporcional a la infracción cometida y respetará los siguientes criterios:

a) Gravedad de la infracción.
b) Gravedad de la alteración social y perjuicios causados.
c) Riesgos para la salud.
d) Posición del infractor en el mercado.
e) Beneficio obtenido.
f) Grado de intencionalidad y reiteración.
g) Perjuicio causado a menores de edad.

3. La graduación de las multas se ajustará a lo siguiente:

a) Por infracción leve, multa de hasta 2.000.000 de pesetas.

b) Por infracción grave, multa de 2.000.001 pesetas a 10.000.000 de pesetas, pudiéndose rebasar esta cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

c) Por infracción muy grave, multa de 10.000.001 pesetas a 100.000.000 de pesetas, pudiéndose rebasar esta cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

Téngase en cuenta que mediante Decreto, publicado únicamente en el Boletín Oficial de Cantabria, el Gobierno revisará cada cuatro años las cuantías mínimas y máximas fijadas en el apartado 3, según establece la disposición adicional 4 de esta ley.

4. En los casos de especial gravedad, contumacia en la repetición de la infracción y la trascendencia notoria y grave para la salud, las infracciones muy graves se sancionarán con la suspensión temporal de la actividad por un máximo de cinco años o, en su caso, con el cierre de la empresa o la clausura del servicio o establecimiento.

5. En las infracciones tipificadas en el artículo 50 de la presente Ley podrá acordarse como sanción complementaria la supresión, cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayudas o subvención de carácter financiero que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado del Gobierno de Cantabria.

Artículo 53. *Prescripción.*

1. Las infracciones a que se refiere la presente Ley prescribirán:

a) A los seis meses, las correspondientes a las faltas leves.
b) A los dos años, las correspondientes a las faltas graves.
c) A los cinco años, las correspondientes a las faltas muy graves.

2. El plazo de prescripción comenzará a contarse a partir del día que se haya cometido la infracción y se interrumpirá por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador.

Artículo 54. *Competencias del régimen sancionador.*

1. Las autoridades competentes para imponer sanciones son las siguientes:

a) Los Alcaldes, multas de hasta 2.000.000 de pesetas.
b) El Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, multas de hasta 10.000.000 de pesetas y suspensión temporal de la actividad por un máximo de cinco años.
c) El Gobierno de Cantabria, multas desde 10.000.001 pesetas y el cierre de la empresa o la clausura del servicio o establecimiento.

2. No tendrá carácter de sanción la resolución de cierre de establecimientos o de la suspensión de las actividades que no cuenten con la autorización exigida o que no se ajusten a los términos de ésta, hasta que no se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos. Simultáneamente a la resolución de cierre o suspensión podrá incoarse un expediente sancionador.

TÍTULO VII

De la financiación

Artículo 55. *De la financiación del Gobierno de Cantabria.*

1. Al objeto de poder conseguir los objetivos perseguidos en esta Ley, el Gobierno de Cantabria establecerá cada año la dotación presupuestaria suficiente a incluir en el estado de gastos de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Cantabria para el desarrollo de acciones en materia de drogas.

2. Los ingresos que se produzcan por la imposición de sanciones tipificadas en esta Ley, generarán un crédito por la misma cuantía en la dotación presupuestaria prevista en el apartado 1 de este artículo.

Artículo 56. *De la financiación de las Corporaciones Locales.*

1. Los Ayuntamientos y Mancomunidades que deseen obtener financiación de los Presupuestos Generales de la Diputación Regional de Cantabria para el desarrollo de las

actuaciones de su competencia en materia de drogas, estarán obligados a disponer de un plan municipal sobre drogas convenientemente aprobado y a consolidar en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada y de acuerdo con la estructura y clasificaciones presupuestarias, los créditos específicos destinados a tal finalidad.

2. La financiación que la Diputación Regional de Cantabria destine a cada corporación local será como máximo de la misma cuantía que la ejecutada el año anterior por ésta para desarrollar las acciones en materia de drogas.

3. El Gobierno de Cantabria podrá establecer con los Ayuntamientos y Mancomunidades convenios de colaboración que regulen la financiación y características que deban reunir los planes municipales.

Disposición adicional primera.

Los productos de denominación de origen de Cantabria se exceptuarán de lo dispuesto en los artículos 20.3, 21.1 y 21.5 de esta Ley, así como de lo preceptuado en el artículo 22.1 que no afecte a los menores de dieciocho años.

Disposición adicional segunda.

En el plazo de tres meses a partir de la publicación de la presente Ley, deberán quedar constituidos todos los órganos colegiados de coordinación y participación previstos en el Título IV.

Disposición adicional tercera.

En el plazo máximo de dos años a partir de la publicación de la presente Ley, el Gobierno de Cantabria, a propuesta del titular de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, actualizará el Plan Regional sobre Drogas, adecuándolo a las previsiones contenidas en el capítulo I del Título IV.

Disposición adicional cuarta.

Mediante Decreto, el Gobierno de Cantabria revisará cada cuatro años las cuantías mínimas y máximas fijadas en el apartado 3 del artículo 52 de la presente Ley.

Disposición adicional quinta.

Los órganos administrativos competentes, las asociaciones de consumidores y usuarios, las personas naturales o jurídicas afectadas y, en general, los titulares de un derecho subjetivo o interés legítimo podrán solicitar de los comerciantes de productos objeto de limitación o prohibición de su publicidad, así como a la autoridad judicial competente, el cese o la rectificación de la publicidad ilícita, de conformidad con lo establecido en la Ley del Estado 34/1988, General de Publicidad.

Disposición adicional sexta.

En el plazo de seis meses a partir de la publicación de esta Ley, el Gobierno de Cantabria aprobará la normativa que desarrolle reglamentariamente el contenido y alcance específico de los derechos de las personas drogodependientes establecidos en el artículo 13 de la presente Ley y las garantías de reparación que procedan por su incumplimiento.

Disposición adicional séptima.

En el plazo de un año a partir de la publicación de la presente Ley, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de Cantabria deberán haber aprobado una ordenanza municipal que se ajuste a las medidas de control recogidas en el Título III de esta Ley.

Disposición transitoria primera.

1. Las medidas limitativas de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco contempladas en los artículos 20 y 21, que afecten a la publicidad contratada con anterioridad a la entrada

en vigor de la presente Ley, no serán de aplicación hasta transcurridos ocho meses desde la publicación de la presente Ley.

2. Las empresas publicitarias y medios de comunicación afectados deberán remitir al Gobierno de Cantabria dentro del mes siguiente a la publicación de la presente Ley una relación de los compromisos pendientes de ejecución.

Disposición transitoria segunda.

El artículo 56.1 no será de aplicación durante el año siguiente a la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o menor rango que se opongan a lo previsto en esta Ley.

Disposición final primera.

Se autoriza al Gobierno de Cantabria a dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta Ley.

Disposición final segunda.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Cantabria».

§ 34

Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León

Comunidad de Castilla y León
«BOCL» núm. 65, de 6 de abril de 1994
«BOE» núm. 99, de 26 de abril de 1994
Última modificación: 19 de septiembre de 2014
Referencia: BOE-A-1994-9365

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 14.3 del Estatuto de Autonomía, promulgo y ordeno la publicación de la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

El consumo de drogas es un fenómeno complejo en el que inciden múltiples determinantes y del que se derivan muy diversas consecuencias para el individuo y la sociedad. Este problema, con el que las sociedades occidentales se enfrentan desde hace más de dos décadas en sus dimensiones actuales, genera una considerable preocupación social y moviliza a su alrededor una cantidad muy importante de esfuerzos y recursos para intentar darle solución.

Castilla y León, como el resto de las Comunidades Autónomas de España y otras regiones de la Unión Europea, no es ajena a este fenómeno. En nuestra Comunidad Autónoma, al ya tradicional y ampliamente extendido consumo de drogas institucionalizadas como las bebidas alcohólicas y el tabaco, se han incorporado en los últimos años otras sustancias de un consumo prevalente en otras culturas, tal es el caso de los opiáceos y de los derivados del cannabis y de la planta de la coca.

La Administración de la Comunidad de Castilla y León, consciente de que el consumo de drogas no es un problema coyuntural y de sus repercusiones sanitarias y sociales, ha aprobado en 1988 y 1991 sendos Planes Regional y Sectorial sobre Drogas (Decretos 252/1988 y 358/1991), el último de los cuales se encuentra en la actualidad en vigor. De forma complementaria, la Junta de Castilla y León ha aprobado una serie de normas en materia de coordinación, acreditación de centros y servicios de atención a toxicómanos y tratamiento con sustitutivos opiáceos a personas dependientes de los mismos, como apoyo a las actuaciones contempladas en los citados planes. Asimismo, las drogodependencias tienen la consideración de área de intervención prioritaria en el Plan Estratégico de Salud para la Comunidad Autónoma (Decreto 68/1991).

No obstante, es preciso profundizar en este esfuerzo normativo con la formulación de una norma con rango de Ley que se aproxime a las drogodependencias desde una perspectiva global, en la que se consideren de una forma integral el conjunto de actuaciones

de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes y en la que se preste atención a todas las drogas, desde el acohol y el tabaco, hasta las no institucionalizadas como el cannabis, la heroína y la cocaína.

II

La Constitución Española en su Título I, artículo 43, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho. Asimismo, en el Capítulo III de este mismo Título se recogen los principios rectores de la Política Social del Estado, al señalar las prestaciones a que están obligados los poderes públicos en materia de servicios sociales y asistencia social. Al mismo tiempo, el Título VIII establece una nueva articulación del Estado cuya implantación progresiva debe suponer una reordenación de las competencias entre las distintas Administraciones Públicas.

La Ley Orgánica 4/1983, del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, en su Título II, delimita las competencias y establece la capacidad de desarrollo legislativo de la Comunidad de Castilla y León.

En este marco legislativo, es objeto de la presente Ley la ordenación general del conjunto de actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención de las drogodependencias y a la asistencia e integración social de las personas drogodependientes, así como la regulación general de las funciones, competencias y responsabilidades de las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones dedicadas a las drogodependencias en Castilla y León.

III

La Ley sistematiza la experiencia acumulada en la ejecución y evaluación de los planes Regional y Sectorial sobre Drogas de Castilla y León e incorpora las aportaciones técnicas y jurídicas en esta materia de la legislación del Estado, de las Comunidades Autónomas y de otros países afines.

La presente Ley se propone transmitir de forma clara a la sociedad y a sus instituciones la relevancia del problema y el compromiso de los poderes públicos para mitigar las consecuencias derivadas del consumo de drogas y para promocionar de forma activa hábitos de vida saludables y una cultura de la salud que incluya el rechazo del consumo de drogas, de modo que la Ley adopta como prioritarias las políticas preventivas.

Con la Ley se persigue, asimismo, trasladar un mensaje de normalización, solidaridad y apoyo social hacia las personas drogodependientes, al tiempo que se profundiza en la articulación de una serie de instrumentos de coordinación, planificación, participación y financiación de las actuaciones en materia de drogas que se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma.

IV

La presente Ley se estructura en ocho títulos. En el Título Preliminar se establece el objeto y los principios rectores de la Ley, con un énfasis especial en las actuaciones preventivas y en la responsabilidad eminentemente pública de las acciones en materia de drogas.

Seguidamente se establecen en dos títulos diferenciados las actuaciones tendentes a la reducción de la demanda a través de las medidas preventivas y de asistencia e integración social de las personas drogodependientes. El esquema de presentación es similar en cada título, enumerando a la vez un contenido programático (objetivos, criterios y ambitos de actuación) y normativo (actuaciones preferentes en cada caso).

El Título III se consagra a las actuaciones tendentes a reducir la oferta a través de las medidas de control, en las que se presta una especial atención a las limitaciones a la publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

Los instrumentos de planificación, coordinación y participación se establecen en el Título IV, donde el Plan Regional sobre Drogas se constituye como el principal elemento estratégico de planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se

lleven a cabo en Castilla y León. Asimismo, la Ley crea los órganos necesarios para garantizar una adecuada integración y coordinación de las actuaciones de diferentes sectores de la gestión pública (Sanidad, Servicios Sociales, Educación, Juventud, Cultura, etc.) y de la iniciativa social. Precisamente, en este título se destaca el importante papel que desempeña la iniciativa social para abordar de forma específica los problemas ocasionados por el consumo de drogas.

Por último, los Títulos V, VI y VII regulan, respectivamente, las competencias y responsabilidades de las diferentes Administraciones Públicas de Castilla y León, las infracciones y sanciones y las formas de financiación de las Administraciones Públicas en esta materia.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

1. La presente Ley tiene por objeto:

a) La ordenación general, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Comunidad de Castilla y León, y dentro de su ámbito territorial, del conjungo de actuacioines y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención de las drogodependencias y a la asistencia e integración social de las personas drogodependientes.

b) La regulación general de las funciones y competencias en la materia de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia para la necesaria cooperación y coordinación en la prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.

c) La configuración del Plan Regional sobre Drogas como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Castilla y León.

d) La protección a terceras personas de los perjuicios que pueda causarles el consumo de drogas.

2. Las prescripciones contenidas en la presente Ley serán de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que en materia de drogas se realicen dentro del ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León.

Artículo 2. *Definiciones.*

1. A los efectos de esta Ley, se consideran drogas aquellas sustancias que, administradas al organismo, son capaces de generar dependencia, provocan cambios en el comportamiento y efectos nocivos para la salud y el bienestar de las personas. Tienen tal consideración:

a) Las bebidas alcohólicas.

b) El tabaco.

c) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a control en virtud de las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado español.

d) Otras sustancias de uso industrial o vario capaces de producir los efectos y consecuencias antes descritos.

2. En el marco de esta Ley, se consideran las bebidas alcohólicas y el tabaco como las principales drogas institucionalizadas.

3. Se entiende por drogodependencia aquella alteración del comportamiento que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo y que se caracteriza por una tendencia al consumo compulsivo y continuado de drogas.

4. A los efectos de esta Ley, se entiende por consumo de drogas el uso no terapéutico, inadecuado o perjudicial de las mismas.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Las actuaciones en materia de drogas en la Comunidad de Castilla y León responderán a los siguientes principios rectores:

1. La responsabilidad pública, en coordinación y colaboración con las entidades privadas e instituciones, en la intervención sobre las condiciones sociales y culturales favorecedoras del consumo de drogas institucionalizadas y no institucionalizadas y sobre sus consecuencias a nivel individual, familiar y social.
2. La promoción activa, particularmente durante la infancia, la adolescencia y la juventud, de hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el conocimiento de las consecuencias del consumo de drogas, su rechazo, así como la solidaridad social con las personas con problemas de drogodependencia.
3. La consideración integral e interdisciplinar del proceso continuado de la prevención de las drogodependencias, asistencia e integración social del drogodependiente, mediante la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales.
4. La consideración de la intervención en drogodependencias como una tarea social colectiva, mediante la coordinación de las actuaciones de las Administraciones públicas, entidades privadas e instituciones, sobre el principio de descentralización, responsabilidad y autonomía en la gestión de los programas y servicios.
5. La participación activa de la comunidad en el diseño, ejecución y control de las intervenciones destinadas a abordar los problemas relacionados con el consumo de drogas.
6. La consideración de las drogodependencias como una enfermedad con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social del individuo, mediante la integración de las actuaciones de asistencia e integración social del drogodependiente en los Sistemas Sanitario y de Acción Social.
7. La selección e implantación de las actuaciones y programas en materia de drogas en el marco de la ordenación sanitaria y de acción social de la Comunidad de Castilla y León, con sujeción a criterios de eficiencia y evaluación continua de resultados.
8. La consideración prioritaria de las políticas y actuaciones preventivas en materia de drogodependencias.
9. El derecho de las personas a disfrutar de igualdad de oportunidades en función de sus necesidades para desarrollar y mantener su propia salud y bienestar social a través del acceso, sin ninguna discriminación, a los servicios prestados por las Administraciones públicas o Entidades Privadas y Concertadas.

Artículo 4. *Sujetos protegidos.*

1. Son sujetos protegidos por esta Ley todos los españoles residentes o transeúntes en el territorio de la Comunidad de Castilla y León.
2. Las extranjeros que se encuentren en la Comunidad podrán beneficiarse de lo establecido en esta Ley, de acuerdo con lo dispuesto en los tratados y convenios internacionales, así como en el resto de las disposiciones vigentes.

Asimismo, serán sujetos protegidos por esta Ley, en las mismas condiciones que los españoles, las personas extranjeras drogodependientes que acudan a los servicios o centros asistenciales en situaciones de urgencia o emergencia; las extranjeras dependientes de las drogas durante el periodo de gestación, parto o posparto, así como los menores de edad extranjeros que sean drogodependientes o hijos de padres drogodependientes.

TÍTULO I

De la reducción de la demanda a través de las medidas preventivas

Artículo 5. *Objetivos generales.*

Corresponde a las Administraciones Públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, promover, desarrollar, apoyar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendentes a:

1. Reducir la presencia, promoción, venta y niveles de consumo de drogas.

2. Aumentar los conocimientos y la responsabilidad de los ciudadanos en materia de prevención de drogodependencias.

3. Modificar las actitudes y comportamientos de la población en general respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.

4. Intervenir sobre las condiciones sociales y del entorno que favorezcan los factores de riesgo y el consumo de drogas.

5. Potenciar en el ámbito comunitario en general y en sectores específicos de la población en particular una cultura de la salud, repudiadora del consumo de drogas.

Artículo 6. *Criterios de actuación.*

1. Las actuaciones desarrolladas en materia de prevención de las drogodependencias por las Administraciones Públicas de Castilla y León, en colaboración con las entidades privadas e instituciones, deberán enmarcar la prevención de las drogodependencias en un ámbito general de promoción y educación para la salud.

2. El ámbito prioritario de la prevención de las drogodependencias será el comunitario. Dicha prevención se realizará mediante el desarrollo de programas, en cuya elaboración deberá participar activamente la comunidad a través de sus grupos organizados y en los que se asignarán funciones concretas a los distintos sistemas comunitarios.

3. Los programas preventivos combinarán su carácter educativo, orientado a la modificación de actitudes y hábitos, con la promoción de comportamientos incompatibles con el consumo de drogas. Dichos programas deberán, asimismo, ser sistemáticos en sus actuaciones, permanentes en el tiempo y susceptibles de ser evaluados.

4. Los programas preventivos se dirigirán preferentemente a sectores concretos de la población y contarán en su diseño, ejecución y evaluación con la participación de personas y grupos organizados con capacidad de liderazgo reconocida, que pueda favorecer el cumplimiento de los objetivos del programa. En la comunicación de mensajes deberán escogerse los emisores con mayor credibilidad y los medios que permitan llegar con mayor precisión a los destinatarios.

Artículo 7. *Actuaciones prioritarias.*

1. La Administración de la Comunidad de Castilla y León, dentro de su ámbito de competencia y en colaboración con otras Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, promoverá las siguientes actuaciones:

a) La acreditación de los programas de prevención que se realicen en Castilla y León.

b) La realización de una política global preventiva que, mediante diferentes actuaciones sectoriales coordinadas, incida sobre los factores sociales, educativos, culturales, sanitarios y económicos que favorecen el consumo de drogas en la comunidad.

c) La inclusión de la educación para la salud a lo largo de todo el proceso educativo, con un enfoque común a todas las materias y prestando particular atención, dentro de ella, a la prevención de las drogodependencias.

d) La promoción del asociacionismo juvenil y de alternativas saludables de ocio y tiempo libre, especialmente dirigidas a colectivos de jóvenes sometidos a condiciones favorecedoras del consumo de drogas.

Estas actuaciones se llevarán a cabo de manera coordinada y continuada con las actividades realizadas en el ámbito escolar.

e) La realización de programas de prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral, especialmente dirigidos a las principales drogas institucionalizadas y a sectores de producción con alta prevalencia de consumo de drogas, así como a otros en los que su uso pueda poner en peligro la vida de terceras personas.

f) La realización de programas comunitarios de prevención de las drogodependencias dirigidos a aquellas zonas urbanas y rurales con mayor incidencia y prevalencia, bajo el impulso, coordinación, ejecución y evaluación de las corporaciones locales, preferentemente a través de los centros de Acción Social en coordinación con los equipos de atención primaria. Los programas comunitarios que con participación de distintas corporaciones

municipales abarquen un ámbito comarcal, serán considerados prioritarios y contarán con una coordinación específica.

2. Como soporte a todas estas actuaciones prioritarias, las Administraciones Públicas competentes solicitarán la colaboración de los medios de comunicación social, especialmente mediante la difusión de mensajes preventivos. Las Administraciones Públicas invitarán a los profesionales de la información a los cursos, encuentros o sesiones informativas que celebren.

3. Los programas preventivos contarán en su diseño, ejecución y evaluación con la participación de los sectores implicados a través de sus asociaciones, entidades y profesionales. Asimismo, se promoverá la adecuada formación de los interlocutores sociales.

TÍTULO II

De la asistencia y la integración social

CAPÍTULO I

De las medidas generales de asistencia e integración social

Artículo 8. *Objetivos generales.*

Las acciones que se desarrollen en la Comunidad de Castilla y León orientadas hacia las personas drogodependientes tendrán por finalidad:

1. Garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando en todo caso la calidad y eficacia de los diferentes servicios y programas integrados en la Red Asistencial de Utilización Pública.
2. Asegurar la coordinación entre los distintos servicios del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente.
3. Garantizar el respeto a los derechos de las personas drogodependientes como usuarios de los distintos servicios.
4. Estimular la demanda asistencial y el contacto de las personas drogodependientes con el conjunto de dispositivos del sistema.
5. Mejorar los niveles de salud de las personas drogodependientes.
6. Mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente.
7. Potenciar las fórmulas de integración social del drogodependiente en un entorno social normalizado a lo largo de todo el proceso asistencial.
8. Crear el clima y la cultura social que favorezca la solidaridad y la colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social del drogodependiente.

Artículo 9. *Criterios de actuación.*

Los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales de la Comunidad de Castilla y León adecuarán sus actuaciones a los siguientes criterios:

1. La oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes deberá ser accesible y diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar. Dicha oferta estará basada en programas asistenciales individualizados, flexibles en sus objetivos terpéuticos y planteamientos de intervención y desarrollados con un enfoque activo que estimule la demanda asistencial.
2. La asistencia a las personas drogodependientes se prestará preferentemente en el ámbito comunitario, y siempre en la mayor proximidad posible a su entorno sociofamiliar, por lo que se potenciarán los dispositivos y programas asistenciales en régimen ambulatorio e intermedio.
3. La atención al drogodependiente y sus familiares se realizará a través del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social de Castilla y León, incrementando sus recursos en función de las necesidades de la población e incorporando, cuando sea

necesario, los recursos privados, convenientemente acreditados, para completar y diversificar los programas terapéuticos.

4. La integración social del drogodependiente es el objetivo final del proceso asistencial, por lo que se potenciarán las estructuras de paso en los programas asistenciales, así como la coordinación entre éstos y los de reinserción social, y en todo caso los aspectos relacionales, educativos y laborales del proceso de recuperación.

5. La integración social de las personas drogodependientes se apoyará en las redes generales y en su familia y entorno afectivo, adoptando, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades.

6. La evaluación permanente de los procesos y resultados de los diferentes centros, servicios y modelos de atención.

Artículo 10. *Actuaciones prioritarias.*

La Administración de la Comunidad de Castilla y León, dentro de su ámbito de competencia y en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes y las entidades privadas e instituciones convenientemente acreditadas, promoverá las siguientes actuaciones:

1. La atención a los drogodependientes desde las redes generales de los Sistemas sanitario y de acción social, especialmente en el nivel primario.

2. La ampliación de la red de centros específicos de atención ambulatoria a drogodependientes, estableciéndose, al menos, un centro de estas características en cada área de salud.

3. La potenciación de los programas asistenciales en régimen intermedio, así como la ampliación de la cobertura asistencial de los tratamientos en régimen residencial.

4. La potenciación de programas de integración social de personas drogopendientes y de asesoramiento a sus familiares.

5. La realización de programas encaminados a la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente, incluyendo de manera prioritaria actividades de educación sanitaria, consejo y apoyo psicológico a usuarios de drogas infectados por el VIH o enfermos del SIDA y a sus familiares.

6. La creación y extensión regional de programas específicos dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos programas incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos y opiáceos, al control sanitario y a la atención social, personalizada y familiar.

7. La potenciación de programas de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, con objeto de conseguir su progresiva incorporación social y laboral.

8. La sensibilización de la sociedad en general, con el fin de promover la participación activa y solidaria de la comunidad en el proceso de asistencia e integración social del drogodependiente y de modificar las actitudes negativas hacia el mismo.

Artículo 11. *Ámbito judicial y penitenciario.*

La Administración de la Comunidad de Castilla y León:

1. Promoverá y proporcionará soporte para la realización de programas de educación sanitaria y atención a internos drogodependientes, en colaboración con la Administración Penitenciaria, así como a menores drogodependientes infractores.

2. Proporcionará a los drogodependientes, a través de centros y servicios públicos o privados acreditados, medidas alternativas a la privación de libertad formuladas por los órganos jurisdiccionales, incluidas aquellas derivadas de la aplicación de la legislación reguladora de la responsabilidad penal de los menores. En todos estos casos, la competencia en la adopción de decisiones terapéuticas residirá en los equipos del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente de la Comunidad de Castilla y León.

3. Impulsará programas y colaborará con otras Administraciones públicas para la atención de los drogodependientes con problemas jurídico-penales y para reforzar la comunicación, coordinación y cooperación de los diferentes agentes implicados en la rehabilitación e integración social de estos drogodependientes, promoviendo, en su caso, la

formalización de convenios con la Administración de Justicia y con la Administración Penitenciaria.

Artículo 12. *Ámbito laboral.*

1. La Administración de la Comunidad de Castilla y León impulsará programas de motivación de la demanda de atención de trabajadores con problemas de consumo de drogas en el ámbito laboral.

En el diseño, ejecución y evaluación de estos programas deberán participar de manera prioritaria los sindicatos, empresarios, servicios médicos de empresa y comités de prevención de riesgos laborales.

2. Se fomentarán los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales tendentes a la reserva del puesto de trabajo de las personas drogodependientes durante su proceso de recuperación, y al desestimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en casos de problemas derivados del abuso de drogas. La Administración de la Comunidad de Castilla y León facilitará en el marco de dichos acuerdos la atención a los trabajadores afectados.

3. La Administración de la Comunidad de Castilla y León, en sus centros, establecimientos y servicios, reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento.

CAPÍTULO II

De los derechos de las personas drogodependientes ante los sistemas sanitario y de acción social

Artículo 13. *Derechos.*

1. Las personas drogodependientes o con problemas derivados del consumo de drogas acogidas al ámbito de esta Ley, en su consideración de enfermos, disfrutan de todos los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico vigente para los usuarios de los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales de la Comunidad de Castilla y León, mereciendo particular atención los siguientes:

a) A la información sobre los servicios a los que puede acceder y requisitos y exigencias que plantea su tratamiento.

b) A la gratuidad de la asistencia, dentro del sistema sanitario público y de los centros privados concertados, con las excepciones que se pudieran determinar reglamentariamente.

c) A recibir un tratamiento adecuado, prestado por centro y servicio acreditado.

d) A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales y al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por ninguna causa.

e) A la voluntariedad para iniciar y cesar el tratamiento, excepto en los casos señalados en la legislación vigente.

f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en cualquier dispositivo asistencial de Castilla y León.

g) A información completa y gratuita, comprensible y continuada, verbal y escrita, sobre el proceso de tratamiento que esté siguiendo.

h) A que se le extienda certificación gratuita acreditativa sobre su situación, así como sobre el tratramiento que haya seguido o esté siguiendo.

i) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso asistencial.

2. Los derechos reconocidos en el apartado anterior serán igualmente de aplicación a las familias de las personas drogodependientes en los supuestos expresamente previstos en el ordenamiento jurídico.

Artículo 14. *Garantías de los derechos.*

1. La Junta de Castilla y León establecerá reglamentariamente el contenido y alcance específico de dichos derechos y las garantías de reparación que procedan por su incumplimiento.

2. Las infracciones por violación de estos derechos estarán sometidas al régimen sancionador contemplado en esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias o de otro tipo del personal autor de las mismas.

3. Los centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales públicos y privados de atención al drogodependiente dispondrán de información accesible de los derechos de los pacientes y hojas de reclamaciones y sugerencias, así como de medios para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público.

4. El ingreso de una persona en un centro o servicio vendrá precedido de la firma del correspondiente contrato terapéutico, en el que se reflejen con claridad los derechos y obligaciones a observar en el proceso de recuperación.

CAPÍTULO III

De sistema de asistencia e integración social del drogodependiente

Artículo 15. *Características generales.*

1. El sistema de asistencia e integración social del drogodependiente se configura como una red asistencial de utilización pública diversificada. En este sistema se integran de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos del sistema sanitario público y del sistema de acción social, complementados con recursos privados debidamente acreditados. En ningún caso los recursos del sistema de asistencia e integracio social del drogodependiente formarán una red propia separada de las redes de asistencia generales.

2. La Junta de Castilla y León establecerá reglamentariamente los requisitos y procedimientos para la autorización administrativa y acreditación de los centros y servicios de atención al drogodependiente.

Artículo 16. *Niveles asistenciales.*

El sistema de asistencia e integración social del drogodependiente se estructura en tres niveles básicos de intervención. El circuito terapéutico, la jerarquización de los recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes al mismo, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención, serán determinados y desarrollados por el Plan Regional sobre Drogas.

En todo caso, la configuración del circuito terapéutico supone la aceptación de los diferentes centros, servicios y programas de los objetivos generales de la atención, de un estilo de trabajo común, de una necesidad de coordinación y de las funciones que la Ley y el plan atribuyen a cada nivel y servicio.

Artículo 17. *Primer nivel.*

1. El primer nivel estará constituido por:

a) Los equipos de atención primaria, distribuidos en zonas básicas de salud.

b) Los centros de acción social, distribuidos en zonas básicas de acción social.

c) Los programas que se determinen desarrollados por asociaciones de ayuda y autoayuda y otras entidades.

2. Son funciones del nivel primario de atención a las personas drogodependientes:

a) Información, orientación, motivación y educación sanitaria.

b) Diagnóstico y detección precoz.

c) Atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al consumo de drogas.

d) Apoyo a su proceso de incorporación social.

e) Apoyo a sus familias y entorno afectivo.

El Plan Regional establecerá los mecanismos de coordinación y reparto de funciones entre los centros, servicios y asociaciones, garantizando una actuación integral en el territorio.

Artículo 18. *Segundo nivel.*

1. El segundo nivel estará constituido por:

a) Centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes, de los que existirán, al menos, uno por área de salud que se constituirán en dispositivo de referencia para este nivel.
b) Equipos de Salud Mental de Distrito.
c) Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales.
d) Programas de rehabilitación en régimen intermedio.
e) Hospitales Generales.
f) Centros y programas acreditados de tratamiento con sustitutivos opiáceos.

En cada área de salud existirán, en la medida en que las disponibilidades lo permitan, todos los servicios y programas enunciados.
2. Son funciones básicas de los servicios y programas del segundo nivel las siguientes:

a) La desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
b) El apoyo a los procesos de integración social.
c) La atención a la patología somática asociada al consumo de drogas.
d) La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
e) La educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos del SIDA.

Artículo 19. *Tercer nivel.*

1. El tercer nivel estará constituido por los siguientes centros y servicios, con ámbito de actuación regional:

a) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
b) Comunidades Terapéuticas Acreditadas.

2. Es función de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria la desintoxicación de personas drogodependientes.
3. Son funciones básicas de las Comunidades Terapéuticas Acreditadas la desintoxicación, deshabituación y rehabilitación en régimen residencial de personas drogodependientes.

TÍTULO III

De la reducción de la oferta a través de las medidas de control

CAPÍTULO I

De las limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 20. *Condiciones de la publicidad.*

1. Además de las limitaciones establecidas en la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad y en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, la publicidad, tanto directa como indirecta, de bebidas alcohólicas y de los productos del tabaco deberá respetar, en todo caso, las siguientes limitaciones:

a) No está permitida la publicidad de bebidas alcohólicas y productos del tabaco dirigida a menores de 18 años, que utilice argumentos dirigidos a los mismos, o que utilice

mensajes, conceptos, lenguaje, escenas, imágenes, dibujos, iconos o personajes de ficción o de relevancia pública vinculados directa y específicamente a los menores de edad.

b) En los medios de comunicación social editados en la Comunidad Autónoma, se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas en los programas, páginas o secciones dirigidas preferentemente al público infantil y juvenil.

c) Asimismo, queda prohibida la utilización de la imagen y la voz de menores de 18 años en la confección de la publicidad de bebidas alcohólicas y productos del tabaco.

d) No estará permitido que los mensajes publicitarios de las bebidas alcohólicas y productos del tabaco inciten a un consumo abusivo de estos productos o se asocien a una mejora del rendimiento físico o psíquico; al éxito social o sexual; a efectos terapéuticos, sedantes o estimulantes; a contribuir a superar la timidez o a resolver conflictos; a la realización de actividades educativas, sanitarias y deportivas; a la conducción de vehículos y al manejo de armas y, en general, a actividades que impliquen riesgo para los consumidores o responsabilidades sobre terceros. Asimismo, queda prohibido ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad.

2. La Administración de la Comunidad de Castilla y León realizará cuantas actuaciones sean necesarias para formalizar acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas y productos del tabaco, destinados al autocontrol y a la autolimitación de la publicidad y a prevenir el consumo y el abuso de estos productos, especialmente entre los menores de edad.

3. La Administración de la Comunidad de Castilla y León no utilizará como soportes informativos o publicitarios objetos relacionados con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

Artículo 21. *Prohibiciones de la publicidad de bebidas alcohólicas.*

Se prohíbe expresamente la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas en:

a) Los centros y dependencias de las Administraciones públicas y otros entes públicos.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.

c) Los centros docentes y formativos, independientemente de la edad del alumnado y del tipo de enseñanza.

d) Los centros destinados mayoritariamente a un público menor de 18 años.

e) Las instalaciones y recintos deportivos, cuando se celebren en ellos competiciones o acontecimientos deportivos, o actividades destinadas fundamentalmente a menores de 18 años.

f) Los espectáculos cinematográficos recomendados para todos los públicos o para menores de 18 años.

g) Los espectáculos teatrales, musicales, culturales y de otro tipo dirigidos fundamentalmente a menores de 18 años.

h) El interior y exterior de los medios de transporte público, incluidas las estaciones de autobuses urbanos e interurbanos y sus paradas intermedias, las estaciones de ferrocarril y los aeropuertos, excepto sus zonas internacionales.

i) Las vías, zonas y espacios públicos que se encuentren a una distancia lineal inferior a cien metros de la entrada de los centros educativos a los que acudan menores de edad, o en lugares que sean ostensiblemente visibles desde los mismos.

Artículo 22. *Promoción.*

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, la promoción de las principales drogas institucionalizadas estará sometida a las siguientes limitaciones:

a) Las actividades de promoción de bebidas alcohólicas y productos del tabaco en ferias, certámenes, exposiciones y actividades similares se situarán en espacios diferenciados cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas. En estas actividades no estará permitido el acceso a menores de 18 años que no vayan acompañados de personas mayores de edad.

b) Estará prohibida la promoción de bebidas alcohólicas mediante la distribución de información por buzones, correo, teléfono, servicios de la sociedad de la información y, en general, mediante cualquier mensaje que se envíe a un domicilio, salvo que vaya dirigido nominalmente a mayores de 18 años, o no resulte significativa en relación al conjunto del envío publicitario.

c) Se prohíbe la promoción de bebidas alcohólicas realizada por establecimientos y locales donde se vendan, suministren o consuman, que suponga una incitación directa a un consumo abusivo de éstas, mediante ofertas promocionales, premios, canjes, sorteos, concursos, fiestas o rebajas en los precios.

d) No podrán patrocinar ni financiar actividades deportivas o culturales dirigidas fundamentalmente a menores de edad, aquellas personas físicas y jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación, promoción o distribución de bebidas alcohólicas, si ello lleva aparejada la publicidad de dicho patrocinio o la difusión de marcas, símbolos, imágenes o sonidos relacionados con las bebidas alcohólicas.

CAPÍTULO II

De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 23. *Prohibiciones.*

1. Para contribuir a la reducción del abuso de bebidas alcohólicas, las Corporaciones Locales de Castilla y León establecerán los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de este tipo de bebidas, así como su venta y consumo en la vía pública.

2. En las localidades de población superior a 1.000 habitantes que no cuenten con ordenanza reguladora de la distancia y localización de establecimientos de venta de bebidas alcohólicas, y en tanto no cuenten con la misma, la distancia mínima entre las puertas de acceso de los establecimientos será de 25 metros.

3. En el territorio de la Comunidad de Castilla y León no se permitirá ninguna forma de venta, entrega, ofrecimiento, suministro o dispensación, gratuita o no, de bebidas alcohólicas a los menores de 18 años. En caso de duda, el vendedor o suministrador deberá solicitar al consumidor la acreditación de la edad mediante documento de valor oficial.

Se prohíbe, asimismo, la venta o entrega a dichos menores de cualquier otro producto que imite las bebidas alcohólicas e induzca a su consumo, en particular, bebidas, dulces, refrigerios, juguetes y otros objetos que tengan formas semejantes a sus presentaciones y puedan resultar atractivos para ellos.

4. No se permitirá la venta y el consumo de bebidas alcohólicas en:

a) Los centros de trabajo, públicos y privados, salvo en los lugares expresamente habilitados al efecto.

b) Los centros sanitarios y los centros docentes salvo lo previsto en el apartado 5 a) de este mismo artículo.

c) Los centros sociosanitarios y de servicios sociales, salvo en los lugares expresamente habilitados al efecto.

d) Los centros de asistencia a menores.

e) Los centros de esparcimiento y ocio destinados a menores de 18 años.

f) Los espacios recreativos, como parques temáticos u otros lugares de entretenimiento y de divulgación de conocimientos, salvo los expresamente habilitados al efecto.

g) Las instalaciones y recintos deportivos, salvo los lugares expresamente habilitados al efecto, en los que se podrán vender y consumir bebidas alcohólicas cuando no se celebren competiciones, acontecimientos deportivos, o actividades dirigidas fundamentalmente a menores de 18 años.

h) Las gasolineras y estaciones de servicio.

i) Las áreas de servicio y descanso de las autopistas y autovías, salvo lo dispuesto en el apartado 5 b) de este mismo artículo.

5. No se permitirá la venta y consumo de bebidas alcohólicas de más de 18.º centesimales en:

a) Los centros docentes donde exclusivamente se imparta educación superior, en los lugares expresamente habilitados al efecto.

b) Los establecimientos comerciales, de hostelería y restauración existentes en las gasolineras, estaciones de servicio y áreas de servicio y descanso de autopistas y autovías.

c) Los espacios expresamente habilitados para la venta y consumo de bebidas alcohólicas en los centros y lugares que se señalan en el apartado 4 del presente artículo, salvo las actividades estrictamente profesionales realizadas en las propias instalaciones del sector de la industria de las bebidas alcohólicas:

6. En todos los establecimientos comerciales se adoptarán medidas especiales de control para evitar la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 18 años. En los establecimientos de autoservicio, la exposición de bebidas alcohólicas se realizará en una sección concreta con carteles informativos de la prohibición de su venta a los menores de 18 años.

7. En todos los establecimientos públicos donde se vendan, dispensen o consuman bebidas alcohólicas, deberá exhibirse y tener fijado un cartel claramente visible, tanto en los accesos a los mismos como en su interior, en el que se advierta sobre la prohibición de vender bebidas alcohólicas a los menores de 18 años y sobre los perjuicios para la salud derivados del abuso de éstas. Las características de estos carteles se determinarán reglamentariamente.

Artículo 23 bis. *Venta y suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas expendedoras.*

La venta y el suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas expendedoras se realizará de acuerdo con las siguientes condiciones:

a) Se prohíbe a los menores de 18 años el uso de máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas.

b) Las máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas sólo podrán ubicarse en el interior de locales, centros o establecimientos en los que no esté prohibido consumirlas, en una localización que permita la vigilancia directa y permanente de su uso por parte del titular del local o de sus trabajadores. No se podrán situar en las áreas anexas o de acceso previo a los locales, como son las zonas de cortavientos, porches, pórticos, pasillos, vestíbulos, distribuidores, escaleras, soportales o lugares similares que puedan ser parte de un inmueble pero no constituyan propiamente el interior de éste.

c) Para garantizar el uso correcto de estas máquinas, podrán incorporarse los mecanismos técnicos adecuados que permitan impedir el acceso a los menores de edad.

d) En la superficie frontal de las máquinas figurará de forma clara y visible, como se determine reglamentariamente, que la venta de bebidas alcohólicas está prohibida a los menores de 18 años, advirtiendo de los perjuicios para la salud derivados del abuso de bebidas alcohólicas.

Artículo 23 ter. *Convivencia, ocio y consumo de bebidas alcohólicas.*

Con el fin de ordenar la concentración de personas en espacios públicos abiertos y de hacer compatible la convivencia armónica de ciudadanos y la conciliación de derechos como el disfrute del ocio, el descanso y el uso digno de la vivienda y de sus zonas adyacentes, la venta, dispensación y consumo de bebidas alcohólicas estará sometida a las siguientes limitaciones:

1. La venta y dispensación de bebidas alcohólicas sólo podrá realizarse en el recinto cerrado de los establecimientos autorizados para ello, no permitiéndose su venta, distribución o suministro al exterior ni su consumo fuera del establecimiento, salvo en terrazas o veladores y en las circunstancias excepcionales que establezcan las correspondientes ordenanzas municipales.

2. Los Ayuntamientos denegarán las correspondientes licencias a los establecimientos e instalaciones que no cumplan lo dispuesto en esta Ley y en la normativa aplicable, especialmente la relativa al ruido y a la prevención ambiental, e impondrán medidas correctoras a los ya existentes para adaptarse a las mismas cuyo incumplimiento determinará, según los casos, la suspensión o la revocación de las correspondientes licencias, además de las correspondientes sanciones.

Para la concesión de licencias, los ayuntamientos tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

a) Acumulación de establecimientos de similar naturaleza.
b) Lugares en los que se produzca un consumo abusivo de bebidas alcohólicas o se ocasionen molestias que no se puedan resolver con otras medidas correctoras.
c) Concentración reiterada de personas en el exterior de los establecimientos o emisión prohibida de ruidos, conforme a la normativa sectorial aplicable.

3. Los establecimientos comerciales minoristas no destinados al consumo inmediato de bebidas alcohólicas no podrán venderlas o suministrarlas, con independencia de su régimen horario, desde las 22 horas hasta las 7 horas del día siguiente. A esta restricción estarán sometidas también la venta ambulante, la venta a distancia y la venta domiciliaria.
4. No se permitirá el consumo de bebidas alcohólicas en vías, espacios y zonas públicas. No obstante, los ayuntamientos podrán autorizar dicho consumo en determinados espacios y zonas públicas con carácter excepcional y ocasional, siempre que se garantice el cumplimiento de lo establecido por esta Ley y por el resto de la legislación aplicable.
5. Lo dispuesto en el apartado anterior se entiende sin perjuicio del régimen de autorizaciones extraordinarias al que están sujetas determinadas actividades, como terrazas y veladores, así como del régimen aplicable a las manifestaciones populares, como las ferias y fiestas patronales o locales, cuya concesión, en el ámbito de las competencias de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y de las Administraciones Locales, podrá incluir medidas de limitación o restricción en la venta, dispensación y consumo de bebidas alcohólicas.
6. Los Ayuntamientos serán los responsables de asegurar el cumplimiento de lo establecido en los apartados anteriores, sin perjuicio de la intervención de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y de la Administración General del Estado en el ejercicio de sus competencias.

Artículo 24. *Acceso de menores a locales.*

El acceso de los menores de edad a los locales y establecimientos dedicados especialmente a la venta y suministro de bebidas alcohólicas, así como el establecimiento de sesiones especiales para menores, se regirán por lo establecido en la legislación específica en materia de espectáculos públicos y actividades recreativas.

CAPÍTULO III

De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco

Artículo 25. *Limitaciones a la venta.*

Las limitaciones a la venta y suministro de los productos del tabaco se regirán por lo establecido en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Artículo 26. *Limitaciones al consumo.*

Las limitaciones al consumo de los productos del tabaco se regirán por lo establecido en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

CAPÍTULO IV

De otras medidas de control

Artículo 27. *Estupefacientes y psicotropos.*

La Administración autonómica competente en materia de asistencia sanitaria elaborará y proporcionará información actualizada a los profesionales y a los usuarios de los servicios

sanitarios sobre la utilización terapéutica en Castilla y León de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y medicamentos capaces de producir dependencia.

Artículo 28. *Inhalables y colas.*

1. Con el fin de evitar su uso como drogas, se prohíbe la venta a menores de 18 años de colas, sustancias químicas y otros productos comerciales inhalables de venta autorizada que puedan producir efectos nocivos para la salud y generar dependencia.

Queda excluida de esta prohibición la venta de estos productos a mayores de 16 años que acrediten el uso profesional de los mismos.

2. La relación de productos a los que se refiere el apartado anterior se determinará reglamentariamente.

TÍTULO IV

De los instrumentos de planificación, coordinación y participación

CAPÍTULO I

Del Plan Regional sobre Drogas

Artículo 29. *Naturaleza y características.*

1. El Plan Regional sobre Drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Castilla y León.

2. El Plan Regional sobre Drogas sera vinculante para todas las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas.

3. La vigencia temporal será fijada en el propio Plan.

Artículo 30. *Contenido del Plan.*

1. El Plan Regional sobre Drogas contemplará en su redacción, al menos, los siguientes elementos:

a) Análisis de la problemática y aproximación epidemiológica al consumo de drogas en Castilla y León.

b) Objetivos generales y objetivos específicos por áreas de intervención.

c) Criterios básicos de actuación.

d) Programas y calendario de actuaciones.

e) Responsabilidades y funciones de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones.

f) Descripción del circuito terapéutico y de los niveles de intervención.

g) Recursos necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.

h) Mecanismos de evaluación.

2. El Plan Regional sobre Drogas deberá precisar de forma cuantitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, sus objetivos, prioridades y estrategias, de modo que pueda medirse su impacto y evaluar sus resultados.

Artículo 31. *Elaboración y aprobación del Plan.*

1. La elaboración del Plan Regional sobre Drogas corresponde a la Consejería competente en materia de drogodependencias, que procederá a su redacción de acuerdo con las directrices que hayan sido establecidas en esta materia por la Junta de Castilla y León.

2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación que prevé esta Ley.

3. El Plan Regional sobre Drogas será aprobado por la Junta de Castilla y León a propuesta del titular de la Consejería competente en materia de drogodependencias.

CAPÍTULO II

De la coordinación

Artículo 32. *Instrumentos de coordinación.*

Para la coordinación, cooperación, seguimiento y evaluación de las actuaciones contempladas en esta Ley, en el Plan Regional y en los Planes Locales sobre Drogas, existirán los siguientes instrumentos de coordinación:

a) Comisionado Regional para la Droga.
b) Red de Planes sobre Drogas.
c) Comisiones locales de coordinación.

Artículo 33. *Comisión Interdepartamental.*

(Suprimido).

Artículo 34. *Comisionado Regional para la Droga.*

1. El Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León es el órgano unipersonal de coordinación de las actuaciones que, en materia de drogas, se lleven a cabo en Castilla y León y de gestión de los recursos destinados específicamente a este fin por la Administración de esta Comunidad Autónoma.
2. El Comisionado Regional para la Droga quedará adscrito a la Consejería competente en materia de drogodependencias, con rango de Dirección General. Su titular será designado y separado libremente por la Junta de Castilla y León, a propuesta del titular de la Consejería competente en la materia.
3. Para el desempeño de sus funciones, el Comisionado Regional para la Droga estará dotado de una oficina de apoyo técnico y administrativo. El desarrollo de las funciones del Comisionado, así como los medios materiales y humanos de la oficina, se determinarán reglamentariamente.
4. El Comisionado elaborará una Memoria anual sobre el funcionamiento del Plan Regional, que será presentada a las Cortes de Castilla y León.

Artículo 35. *Red de Planes sobre drogas.*

1. La coordinación y cooperación entre la Administración de la Comunidad de Castilla y León, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y las Diputaciones Provinciales se realizará a través de la Red de Planes sobre Drogas.
2. Las características, composición, funciones y régimen de funcionamiento de esta Red estarán reglamentariamente determinadas.

Artículo 36. *Comisiones locales de coordinación.*

1. Los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y las Diputaciones Provinciales constituirán comisiones de coordinación, evaluación y seguimiento de los Planes Locales sobre Drogas en su ámbito territorial de competencia.
2. Las características, composición, funciones y régimen de funcionamiento de estas comisiones serán desarrolladas por la Administración local competente, garantizando la representación y participación de las instituciones públicas y privadas implicadas en la intervención en drogodependencias en su ámbito territorial.

CAPÍTULO III

De la participación social

Artículo 37. *Órgano colegiado de carácter asesor y de participación en materia de drogodependencia.*

1. En la Administración de la Comunidad de Castilla y León existirá un órgano colegiado de carácter asesor y de participación en materia de drogodependencia, adscrito a la consejería competente en esta materia.
2. Su composición, organización y funcionamiento se regularán reglamentariamente.
3. Ejercerá las funciones y competencias que se le atribuyan legal o reglamentariamente, así como las que se le encomienden o deleguen.

Artículo 38. *Funciones del Consejo Asesor.*

(Sin contenido).

Artículo 39. *Colaboración de la iniciativa privada.*

1. Los centros, servicios, establecimientos y otros dispositivos de atención al drogodependiente de carácter privado podrán integrarse en la Red Asistencial de Utilización Pública mediante la celebración de convenios singulares de vinculación, en los términos que reglamentariamente se determinen.
2. También podrán establecerse conciertos y conceder subvenciones para la prestación de servicios con medios ajenos a la Red Asistencial de Utilización Pública en los casos de insuficiencia de la misma. Excepcionalmente podrá hacerse uso de servicios no vinculados o no incluidos en conciertos.
3. Para la celebración de convenios y conciertos tendrán una consideración preferente las entidades u organizaciones sin ánimo de lucro.

Artículo 40. *Funciones de la iniciativa privada.*

Las entidades privadas e instituciones podrán cooperar con las Administraciones Públicas en el desempeño de las siguientes funciones:

a) La sensibilización social y la información.
b) La prevención de las drogodependencias.
c) La asistencia e integración social de drogodependientes.
d) La formación.
e) La investigación y evaluación.

Artículo 41. *Voluntariado.*

Las Administraciones Públicas y las entidades privadas e instituciones fomentarán la participación del voluntariado social en las actuaciones de prevención, asistencia e integración social del drogodependiente.

CAPÍTULO IV

De la investigación

Artículo 42. *Investigación.*

1. Con objeto de aumentar los conocimientos existentes sobre el fenómeno de las drogodependencias, la Administración de la Comunidad de Castilla y León promoverá la realización de estudios e investigaciones, considerándose áreas prioritarias las siguientes:

a) Niveles y tendencias en el consumo de drogas.
b) Actitudes y estados de opinión de la población general respecto al fenómeno de las drogodependencias.
c) Repercusiones individuales y sociales del consumo de drogas.

d) Evaluación de los diferentes programas de intervención y, particularmente, de la efectividad de los métodos y programas terapéuticos.
e) Estilos de vida asociados al consumo de drogas.

2. La Administración de la Comunidad de Castilla y León impulsará la formalización de convenios de colaboración para potenciar la investigación básica en el campo de las drogodependencias, para los cuales tendrán una consideración preferente las Universidades de Castilla y León.
3. Asimismo, la Administración de la Comunidad de Castilla y León promoverá acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco destinados a fomentar la investigación de sustancias sustitutivas de los elementos más nocivos presentes en las mencionadas drogas.

CAPÍTULO V

De la formación

Artículo 43. *Formación.*

1. La Administración de la Comunidad de Castilla y León promoverá programas específicos de formación de aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e integración social de personas drogrodependientes.
2. Serán sectores preferentes de formación en el ámbito de las drogodependencias para las Administraciones Públicas los siguientes:

a) Profesionales de Atención Primaria y Servicios Sociales de Base.
b) Profesores y padres de alumnos de enseñanza primaria y secundaria.
c) Representantes de asociaciones juveniles y profesionales que trabajen con este sector de población.
d) Profesionales de oficinas de farmacia.
e) Funcionarios de la Administración de Justicia y Penitenciaria.
f) Profesionales del medio hospitalario de los Servicios de Urgencias y de los Servicios directamente relacionados con la población drogodependiente.
g) Miembros de asociaciones de ayuda y autoayuda y profesionales de centros y programas específicos de atención a drogodependientes.
h) Personal de otras instituciones y entidades que desarrollen programas específicos en materia de drogas.
i) El voluntariado.
j) Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Policías Municipales.

TÍTULO V

De las competencias de las Administraciones Públicas

Artículo 44. *Competencias de la Junta de Castilla y León.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde a la Junta de Castilla y León:

1. El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad de Castilla y León.
2. La aprobación del Plan Regional sobre Drogas.
3. **(Suprimido).**
4. El nombramiento y cese del Comisionado Regional para la Droga.
5. **(Suprimido).**
6. La aprobación de la estructura de los órganos de coordinación previstos en esta Ley.
7. La aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención a drogodependientes.

8. La aprobación, modificación y revisión de las tarifas por la prestación y concertación de servicios que puedan establecerse con instituciones, entidades o particulares públicos o privados, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 45. *Competencias de la Consejería competente en materia de drogodependencias.*

Además de las competencias que le vienen atribuidas legalmente, corresponde a la Consejería competente en materia de drogodependencias:

1. El seguimiento y control, sin perjuicio de las competencias de otras Consejerías, de los centros, servicios, establecimientos y programas específicamente destinados a la prevención, asistencia e integración social de drogodependientes, y en particular:

a) El otorgamiento de la autorización de instalación, puesta en funcionamiento, modificación, ampliación, traslado y cierre de centros, servicios y establecimientos específicos de asistencia a drogodependientes.

b) La acreditación de centros, servicios y establecimientos específicos de asistencia a drogodependientes, así como su renovación y revocación.

c) La regulación y el mantenimiento de los registros pertinentes de las entidades, centros y programas integrados en el Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.

d) La evaluación de los diferentes centros, programas y servicios específicos de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.

2. La elaboración de anteproyectos y proyectos de normas en materia de drogodependencias.

3. La elaboración y propuesta para su aprobación por la Junta de Castilla y León del Plan Regional sobre Drogas.

4. La propuesta de nombramiento y cese del Comisionado Regional para la Droga.

5. La aprobación de la estructura orgánica del Comisionado Regional para la Droga.

6. La propuesta de presupuesto para la intervención en drogodependencias.

7. La regulación y el otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades e instituciones para la intervención en drogodependencias.

8. La coordinación general de las actuaciones en materia de drogodependencias desarrolladas en Castilla y León por las Administraciones públicas, entidades privadas e instituciones.

9. El ejercicio de la función inspectora y de la potestad sancionadora en su ámbito de competencias.

Artículo 45 bis. *Competencias de otras Consejerías.*

1. La Consejería competente en materia de educación, en colaboración con la Consejería competente en materia de drogodependencias, será responsable de promover la realización de programas acreditados de prevención del consumo de drogas en todos los centros docentes de Castilla y León.

2. Las Consejerías competentes en materia de sanidad y de acción social serán responsables de garantizar que los drogodependientes reciban una atención sanitaria y social de calidad, en igualdad de condiciones que el resto de la población, a través de los Sistemas de Salud y de Acción Social de Castilla y León. A tal fin, dichas Consejerías, en colaboración con la Consejería competente en materia de drogodependencias, promoverán, en los términos que reglamentariamente se determinen, los procedimientos oportunos de cooperación entre ambos sistemas y los centros específicos de asistencia a drogodependientes gestionados por entidades privadas, para mejorar la accesibilidad de los drogodependientes a sus prestaciones y para el diagnóstico y control de los principales problemas sanitarios y sociales asociados a la dependencia de las drogas.

Artículo 46. *Competencias de los Ayuntamientos.*

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a los Ayuntamientos de Castilla y León en su ámbito territorial:

a) El establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

b) El otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

c) El ejercicio de la función inspectora y de la potestad sancionadora en su ámbito de competencias.

d) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

e) La autorización, con carácter excepcional y ocasional, del consumo de bebidas alcohólicas en determinados espacios y zonas públicas.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de Castilla y León tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de acción social.

b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.

c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas.

d) La formación en materia de drogas del personal propio.

e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

Artículo 47. *Competencias de las Diputaciones Provinciales.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a las Diputaciones Provinciales de Castilla y León desempeñar en su ámbito territorial las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación de Planes Provinciales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de acción social.

En cualquier caso, la elaboración de los Planes Provinciales sobre Drogas debe asegurar, mediante la coordinación de los servicios de los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de las competencias y responsabilidades mínimas señaladas en el apartado 2 del artículo 46.

b) El apoyo técnico y económico en materia de drogas a los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, especialmente a los de menor capacidad económica y de gestión.

TÍTULO VI

Del régimen de inspección y sanción

CAPÍTULO I

De la inspección en materia de drogas

Artículo 47 bis. *Competencias de inspección.*

1. La Administración de la Comunidad de Castilla y León velará por el cumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley y en el resto de la legislación aplicable en materia de drogas, destinando los medios materiales y personales necesarios para el ejercicio de la función de inspección y control, sin perjuicio de las competencias en esta materia de la Administración General del Estado y de las Corporaciones Locales.

2. La función de inspección y control en materia de drogas realizada por la Administración de la Comunidad de Castilla y León corresponderá a las Consejerías competentes por razón de las materias propias que les sean atribuidas por los Decretos de organización y estructura. El ejercicio de esta función en sus respectivos ámbitos se realizará a través de los cuerpos de inspección existentes, que la desarrollarán de acuerdo con su normativa reguladora.

3. La Administración de la Comunidad de Castilla y León podrá habilitar temporalmente inspectores entre sus funcionarios para reforzar los mecanismos de control.

Artículo 47 ter. *Objetivos y facultades de la función de inspección.*

1. La función de inspección y control en materia de drogas tendrá como principales objetivos los de informar y asesorar a los ciudadanos sobre lo dispuesto en esta Ley y en otras normas legales aplicables, comprobar su cumplimiento, verificar los hechos que hayan sido objeto de reclamación o denuncia y tramitar la documentación correspondiente en el ejercicio de la función inspectora.

2. El personal que desarrolle las funciones de inspección tendrá la consideración de autoridad, y podrá:

a) Acceder libremente, y sin previo aviso, a todo local, establecimiento, servicio y actividad sometida al régimen establecido por la presente Ley y demás normativa legal aplicable en materia de drogas.

b) Requerir la información y documentación que estime necesaria para verificar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de drogas.

c) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y del resto de la legislación aplicable en materia de drogas.

d) Recabar la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y de la Policía Local, de conformidad con la normativa que resulte aplicable.

e) Realizar cuantas acciones sean precisas en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrolle.

Artículo 47 quáter. *Colaboración con la inspección.*

1. Los titulares o responsables de los locales, establecimientos, servicios y actividades estarán obligados a facilitar a los inspectores el acceso a las instalaciones y al examen de documentos y cuantos datos sean preceptivos, así como a suministrar toda la información necesaria para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de otras normas legales en materia de drogas.

2. Todas las autoridades y responsables de las unidades y centros de la Administración pública tienen el deber de velar por el cumplimiento en sus dependencias de lo dispuesto en esta Ley y en el resto de normas legales aplicables en materia de drogas.

CAPÍTULO II

De las infracciones y sanciones

Artículo 48. *Régimen sancionador.*

1. Las infracciones a las previsiones contenidas en la presente Ley serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. En los procedimientos sancionadores por infracciones graves o muy graves se podrán adoptar, de forma motivada, medidas cautelares para asegurar la eficacia de la resolución que definitivamente se dicte o el buen fin del procedimiento, así como para atender las exigencias de los intereses generales y evitar el mantenimiento de los efectos de la infracción.

En casos de urgencia y para la inmediata protección de los intereses implicados, las medidas cautelares previstas en esta Ley podrán ser adoptadas por los funcionarios que ejerzan la función de inspección antes de la iniciación del procedimiento, y deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas expresamente en el acuerdo de incoación del

expediente sancionador, que deberá adoptarse dentro de los diez días siguientes a la adopción de la medida cautelar.

El acuerdo de incoación que confirme, modifique o establezca medidas cautelares podrá ser objeto del recurso que proceda.

El órgano competente para resolver el procedimiento podrá acordar con posterioridad, si existen elementos de juicio suficientes para ello, las medidas cautelares que estime oportunas para asegurar la eficacia de la resolución, conforme a lo previsto en la legislación general de procedimiento administrativo sancionador.

En ningún caso se podrán dictar medidas cautelares que puedan causar perjuicios de difícil o imposible reparación a los interesados o que impliquen violación de derechos amparados por las leyes.

3. Son medidas cautelares que pueden ser adoptadas, por razón de urgencia, las siguientes:

a) El cierre provisional de establecimientos, ante hechos susceptibles de constituir una infracción grave o muy grave.

b) El precinto, el depósito o la incautación de los bienes directamente relacionados con la infracción.

c) La suspensión temporal de las licencias de las que disponga el establecimiento.

d) La retirada preventiva de la actividad publicitaria, promotora o de patrocinio de bebidas alcohólicas o productos del tabaco que infrinja la legislación aplicable en materia de drogas, y suponga una vulneración de las prohibiciones o limitaciones establecidas en esta Ley para la protección de los menores de edad, o bien un riesgo para la seguridad pública o la salud de las personas.

e) El precinto, el depósito o la incautación de los registros, soportes, archivos informáticos y documentación en general, así como de equipamientos informáticos de todo tipo.

f) La advertencia al público de la existencia de posibles conductas infractoras y de la incoación del expediente sancionador, así como de las medidas adoptadas para la adopción e imposición de estas y otras medidas cautelares. Todo ello se realizará con pleno respeto a las garantías, normas y procedimientos previstos en el ordenamiento jurídico para proteger la intimidad personal y familiar, salvaguardar la protección de datos personales, la libertad de expresión y la libertad de información, cuando éstas pudieran verse afectadas.

4. El órgano administrativo competente para resolver el procedimiento sancionador podrá imponer multas coercitivas por importe que no exceda de 6.000 euros por cada día que transcurra sin cumplir las medidas cautelares o sanciones accesorias que hubieran sido acordadas. Dichas multas serán proporcionales a las posibles conductas infractoras.

5. 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. Si un mismo hecho fuera constitutivo de dos o más infracciones tipificadas en esta u otras leyes, se sancionará únicamente aquella que comporte mayor sanción.

6. No tendrá carácter de sanción, la resolución de cierre de los establecimientos o de suspensión de las actividades que no cuenten con la autorización exigida o que no se ajusten a los términos de ésta, hasta que no se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos. Simultáneamente a la resolución de cierre o suspensión deberá incoarse un expediente sancionador.

Artículo 49. *Infracciones.*

1. Las infracciones por incumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley se clasifican en leves, graves y muy graves.

2. Se consideran infracciones leves, las siguientes:

a) El consumo de bebidas alcohólicas en centros, servicios, instalaciones y establecimientos en los que esté prohibido.

b) El consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública o fuera de los espacios públicos en los que está permitido.

c) No disponer o no exponer en lugar visible, en los establecimientos en los que esté autorizada la venta de bebidas alcohólicas, los carteles que informen de la prohibición de su venta a los menores de 18 años y que adviertan de los perjuicios para la salud derivados del abuso de las mismas.

d) La tenencia de máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas que no dispongan de la preceptiva advertencia sanitaria e información de la prohibición de su venta a los menores de 18 años.

e) La exposición de bebidas alcohólicas fuera de la sección destinada al efecto en los establecimientos de autoservicio.

f) El incumplimiento de las obligaciones y prohibiciones establecidas en esta Ley y disposiciones que se dicten en su desarrollo en las que no proceda su calificación como infracciones graves o muy graves.

3. Se consideran infracciones graves, siempre que no hayan tenido consecuencias graves para la salud o no hayan producido grave alteración social, las siguientes:

a) La venta, entrega, dispensación, ofrecimiento o suministro de bebidas alcohólicas a los menores de 18 años.

b) Permitir a los menores de 18 años el uso de máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas.

c) La venta de bebidas alcohólicas en lugares no permitidos.

d) La instalación o emplazamiento de máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas en lugares prohibidos.

e) La acumulación, en el plazo de seis meses, de tres infracciones por consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública o en centros, servicios, instalaciones y establecimientos en los que esté prohibido.

f) La venta de bebidas alcohólicas en horario no permitido en establecimientos comerciales minoristas no destinados a su consumo inmediato.

g) La venta ambulante, a distancia y domiciliaria de bebidas alcohólicas en horario no permitido.

h) El incumplimiento de los criterios de localización, distancia y características que deban reunir los establecimientos de venta y suministro de bebidas alcohólicas.

i) La venta a los menores de 18 años de colas, sustancias químicas y otros productos comerciales inhalables a los que se refiere el artículo 28.

j) La venta o entrega a menores de 18 años de productos que imiten las bebidas alcohólicas e induzcan a su consumo, así como dulces, refrigerios, juguetes y otros objetos que tengan formas semejantes a sus presentaciones y puedan resultar atractivos para los menores.

k) La exhibición de publicidad directa o indirecta de bebidas alcohólicas en lugares en los que está prohibido, a tenor de lo dispuesto en el artículo 21 de la presente Ley.

l) La promoción de bebidas alcohólicas realizada por establecimientos y locales donde se vendan, suministren o consuman, cuando suponga una incitación directa a un consumo abusivo de éstas y se realice mediante ofertas promocionales, premios, canjes, sorteos, concursos, fiestas o rebajas de los precios.

m) La obstrucción de la acción inspectora que no constituya una infracción muy grave, al amparo de lo dispuesto en la letra f) del apartado 4 del presente artículo.

n) La negativa o resistencia a facilitar información a las autoridades competentes, así como proporcionar datos falsos o fraudulentos.

ñ) El incumplimiento o alteración sustancial de las condiciones establecidas para la autorización y acreditación de centros y servicios de asistencia a drogodependientes.

4. Se consideran infracciones muy graves:

a) La comisión de infracciones graves previstas en el apartado anterior cuando hayan tenido consecuencias graves para la salud o hayan producido grave alteración social.

b) El incumplimiento de las limitaciones a las que está sometida la publicidad de bebidas alcohólicas y productos del tabaco en esta Ley, que no sean constitutivas de infracción grave al amparo de lo dispuesto en la letra l) del apartado 3 del presente artículo.

c) La promoción de bebidas alcohólicas y productos del tabaco en ferias, certámenes, exposiciones y actividades similares fuera de espacios diferenciados, cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas.

d) La promoción de bebidas alcohólicas mediante la distribución de información por buzones, correo, teléfono, servicios de la sociedad de la información, y en general mediante cualquier mensaje que se envíe a un domicilio, salvo que vaya dirigido nominalmente a mayores de 18 años, o no resulte significativo en relación al conjunto del envío publicitario.

e) El incumplimiento de las limitaciones al patrocinio y la financiación de actividades deportivas o culturales establecidas en esta Ley.

f) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades competentes.

Artículo 50. *Personas responsables.*

1. De las diferentes infracciones será responsable, con carácter general, la persona física o jurídica que cometa los hechos tipificados como tales.

2. Asimismo, y en función de las distintas infracciones, serán responsables de las mismas los titulares de las entidades, centros, locales o establecimientos en los que se cometa la infracción o, en su defecto, los empleados que estén a cargo de los mismos; el fabricante, el importador, el distribuidor y el explotador de la máquina expendedora; el beneficiario de la publicidad o de la promoción, entendiendo por tal tanto al titular de la marca o producto anunciado, como al titular del establecimiento o espacio en el que se exhiba la publicidad, así como, en su caso, la empresa publicitaria y el patrocinador.

3. Cuando la responsabilidad de los hechos cometidos corresponda a un menor, responderán solidariamente con él sus padres, tutores y guardadores legales o de hecho, por este orden, en razón al incumplimiento de la obligación impuesta a éstos de prevenir la comisión de infracciones administrativas que se imputen a los menores. La responsabilidad solidaria vendrá referida a sufragar la cuantía pecuniaria de la multa impuesta. La sanción económica de la multa, previo consentimiento de los padres, tutores o guardadores y oído el menor, podrá sustituirse por medidas reeducadoras.

Artículo 51. *Sanciones.*

1. Las infracciones a la presente Ley serán sancionadas, en su caso, con multas; suspensión, cancelación o prohibición de recibir financiación de la Administración de la Comunidad de Castilla y León; suspensión temporal de la actividad y cierre temporal o definitivo de la empresa, establecimiento, centro o servicio. Cuando se trate de la primera infracción de un menor de edad se podrá aplicar, como medida que no tenga carácter de sanción, la amonestación o advertencia privada, con comunicación simultánea de la falta a los padres, tutores o guardadores.

2. La graduación de las sanciones será proporcionada a la infracción cometida y se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

a) Entidad de la infracción.

b) Alteración social y perjuicios causados.

c) Riesgo o daño para la salud.

d) Beneficio obtenido por el infractor con la conducta sancionada.

e) Existencia de intencionalidad.

f) Perjuicio causado a menores de edad.

g) Reincidencia, entendida como la comisión en el término de un año de más de una infracción de la misma naturaleza cuando así haya sido declarado por resolución firme.

3. Las multas se dividirán, dentro de cada categoría de infracción, en grado mínimo, medio y máximo, teniendo en cuenta para su graduación, y dentro de los límites legales establecidos, los criterios señalados en el apartado 2 de este artículo. En todo caso, excepto en el supuesto de que concurran alguna de las siguientes circunstancias con consecuencias opuestas, las multas deberán imponerse en grado mínimo cuando el infractor sea un menor de edad, y en grado máximo cuando el perjudicado sea un menor o la conducta sancionada se realice de forma habitual o continua, salvo que la habitualidad o continuidad forme parte del tipo de la infracción. Si la cuantía de la multa resultara inferior al beneficio obtenido por la

comisión de la infracción, la sanción se elevará hasta el doble del importe en que se haya beneficiado el infractor.

4. Las infracciones leves se sancionarán con multa desde 30 euros hasta 600 euros, salvo las previstas en el artículo 49, apartado 2, párrafos a) y b), que se sancionarán con multa de hasta 30 euros si la conducta infractora se realiza de forma aislada. Las infracciones graves se sancionarán con multa desde 601 euros hasta 10.000 euros, y las infracciones muy graves con multa desde 10.001 euros hasta 600.000 euros, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios, o el doble del beneficio obtenido si éste resultara superior a la cuantía de la multa.

5. En los casos de especial gravedad, contumacia en la repetición de la infracción, trascendencia social notoria, o grave riesgo o daño para la salud, las infracciones graves y muy graves podrán acumular las siguientes sanciones accesorias:

a) Suspensión, cancelación o prohibición de recibir financiación de la Administración de la Comunidad de Castilla y León por un periodo de entre uno y cinco años.

b) Suspensión temporal de la actividad o cierre total o parcial de la empresa, establecimiento, centro o servicio por un máximo de cinco años.

c) Cierre definitivo de la empresa, establecimiento, centro o servicio.

Artículo 52. *Prescripción.*

1. Las infracciones a que se refiere la presente Ley prescribirán:

a) A los seis meses, las correspondientes a las faltas leves.

b) A los dos años, las correspondientes a las faltas graves.

c) A los tres años, las correspondientes a las faltas muy graves.

2. El plazo de prescripción comenzará a contarse a partir del día que se haya cometido la infracción y se interrumpirá por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador.

Artículo 53. *Competencias del régimen sancionador.*

1. Los Ayuntamientos y las Consejerías de la Administración de la Comunidad de Castilla y León competentes por razón de la materia, instruirán los correspondientes expedientes sancionadores e impondrán sanciones por infracciones a esta Ley conforme a los siguientes criterios:

a) Los Alcaldes, multas por infracciones tipificadas como leves y por infracciones tipificadas como graves, excepto la prevista en la letra ñ) del artículo 49.3; la suspensión temporal de la actividad, o el cierre de la empresa, establecimiento, centro o servicio por un máximo de cinco años, para las referidas infracciones; así como la amonestación o advertencia privada recogida en el apartado 1 del artículo 51.

b) El titular de la Consejería competente por razón de la materia, multas por la infracción recogida en la letra ñ) del apartado 3 del artículo 49, por las infracciones tipificadas como graves en las letras a), b), c), d), k), y l) de ese apartado cuando se cometan en sus propias dependencias, y por las infracciones recogidas en las letras m) y n) de dicho apartado cuando se refieran a su acción inspectora o a la actividad de sus autoridades. Al titular de esa Consejería le corresponderá también la suspensión temporal de la actividad, o de cierre de la empresa, establecimiento, centro o servicio por un máximo de cinco años, para las referidas infracciones.

c) La Junta de Castilla y León, multas por infracciones tipificadas como muy graves, así como la suspensión, cancelación o prohibición de recibir financiación de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, y el cierre definitivo de la empresa, establecimiento, centro o servicio.

2. En el supuesto de que un municipio se inhibiera en la incoación de un expediente sancionador de una infracción, la Consejería competente en materia de drogodependencias requerirá información al mismo sobre dicha incoación. Si el municipio no inicia el oportuno expediente sancionador en el plazo de un mes a partir de la fecha del requerimiento, la Consejería asumirá la competencia para incoar, tramitar y sancionar la infracción.

3. En el supuesto de que corresponda a la Junta de Castilla y León la imposición de una sanción accesoria a una infracción cuya instrucción y sanción principal sea competencia de los Ayuntamientos, éstos habrán de dar cuenta del correspondiente procedimiento sancionador a la Junta de Castilla y León en el plazo de un mes a partir del momento en que la sanción impuesta por el Alcalde sea firme en vía administrativa.

4. Tratándose de infracciones cometidas a través de prensa, radio y televisión, la Administración de la Comunidad de Castilla y León ejercerá el control y la inspección e impondrá las oportunas sanciones en relación con los servicios de prensa, radio y televisión, cualquiera que sea el medio de transmisión empleado, cuyo ámbito de cobertura no sobrepase el territorio de la Comunidad Autónoma. Las infracciones cometidas a través de servicios de la sociedad de la información, serán sancionadas por las autoridades a las que se refiere la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.

TÍTULO VII

De la financiación

Artículo 54. *De la financiación de la Junta de Castilla y León.*

(Derogado).

Artículo 55. *De la financiación de las Corporaciones Locales.*

1. Las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes que deseen obtener financiación de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Castilla y León para el desarrollo de las actuaciones de su competencia en materia de drogas estarán obligados a disponer de un plan provincial o municipal sobre drogas convenientemente aprobado y a consignar en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada y de acuerdo con la estructura y clasificaciones presupuestarias, los créditos específicos destinados a tal finalidad.

2. La financiación que la Junta de Castilla y León destine a cada Corporación Local será como máximo de la misma cuantía que la ejecutada el año anterior por ésta para desarrollar las acciones en materia de drogas.

3. La Administración de la Comunidad de Castilla y León podrá establecer con las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes convenios de colaboración que regulen la financiación y características que deban reunir los planes provinciales o municipales.

Disposición adicional primera.

Los productos de denominación de origen de Castilla y León se exceptuarán de lo dispuesto en los artículos 20.3 y 21, letras a) y b), de esta Ley, así como de lo preceptuado en la letra a) del artículo 22 en lo que no afecte a los menores de 18 años.

Disposición adicional segunda.

En el plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente Ley deberán quedar constituidos todos los órganos colegiados y unipersonales de coordinación y participación previstos en los capítulos II y III del título IV.

Disposición adicional tercera.

En el plazo máximo de dos años a partir de la publicación de la presente Ley, la Junta de Castilla y León, a propuesta del titular de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, actualizará el Plan Sectorial sobre Drogas, regulado en el Decreto 358/1991, de la Junta de Castilla y León, adecuándolo a las previsiones contenidas en el capítulo I del título IV.

Disposición adicional cuarta.

(Suprimida).

Disposición adicional quinta.

Los órganos administrativos competentes, las asociaciones de consumidores y usuarios, las personas naturales o jurídicas afectadas y, en general, los titulares de un derecho subjetivo o un interés legítimo podrán solicitar de los comerciantes de productos objeto de limitación o prohibición de su publicidad, así como a la autoridad judicial competente, el cese o la rectificación de la publicidad ilícita, de conformidad con lo establecido en la Ley del Estado 34/1988, General de Publicidad.

Disposición adicional sexta.

En el plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente Ley, la Junta de Castilla y León aprobará la normativa que regule la autorización de apertura y funcionamiento y la acreditación de los centros y servicios de atención al drogodependiente.

Disposición adicional séptima.

En el plazo de seis meses a partir de la publicación de esta Ley, la Junta de Castilla y León aprobará la normativa que desarrolle reglamentariamente el contenido y alcance específico de los derechos de las personas drogodependientes establecidos en el artículo 13 de la presente Ley y las garantías de reparación que procedan por su incumplimiento.

Disposición adicional octava.

En el plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente Ley los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de Castilla y León deberán haber aprobado una ordenanza municipal que se ajuste a las medidas de control recogidas en el título III de esta Ley.

Disposición adicional novena.

Durante el ejercicio de 1994, y para las convocatorias de subvenciones realizadas con cargo a los artículos 46 y 48 del programa 074 («Lucha contra las drogodependencias») de los Presupuestos Generales de la Comunidad el anticipo al que se refiere el apartado 3 del artículo 122 de la Ley 7/1986, de 23 de diciembre, de la Hacienda de la Comunidad de Castilla y León, podrá alcanzar el 100 por 100 cuando su importe no supere 500.000 pesetas, y hasta el 70 por 100 en los restantes casos.

Disposición adicional décima. *Legislación supletoria de régimen sancionador en materia de tabaco.*

En todo lo relacionado con la venta, suministro, consumo, publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco que no esté regulado en la presente Ley, se aplicará el régimen de infracciones y sanciones previsto en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Disposición transitoria primera.

1. Las medidas limitativas de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco contempladas en los artículos 20 y 21 que afecten a la publicidad contratada con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley no serán de aplicación hasta transcurridos ocho meses desde la publicación de la presente Ley.

2. Las empresas publicitarias y medios de comunicación afectados deberán remitir a la Junta de Castilla y León, dentro del mes siguiente a la publicación de la presente Ley, una relación de los compromisos pendientes de ejecución.

Disposición transitoria segunda.

Hasta tanto se dé cumplimiento a las previsiones contenidas en la disposición adicional segunda se mantiene en vigor el Decreto 214/1988, de la Junta de Castilla y León, que regula la estructura de coordinación en materia de drogas, subsistiendo los órganos creados en desarrollo del mismo.

Disposición transitoria tercera.

Los centros, servicios, locales y establecimientos dispondrán de un plazo de seis meses para adecuarse a las prescripciones de la presente Ley, a partir del cual éstas serán plenamente aplicables.

Disposición transitoria cuarta.

El artículo 55.1 no será de aplicación durante los seis meses siguientes a la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o menor rango se opongan a lo previsto en esta Ley.

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario.*

1. Se autoriza a la Junta de Castilla y León a dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta Ley.
2. La Junta de Castilla y León, mediante decreto, procederá a la revisión y actualización periódica de las cuantías de las multas.

Disposición final segunda.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León».

Información relacionada

- Téngase en cuenta que mediante decreto, publicado únicamente en el BOCL, la Junta de Castilla y León procederá a la revisión y actualización periódica de las cuantías de las multas, según establece la disposición final 1.2 de esta ley, en la redacción dada por la disposición final 1 de la Ley 3/2007, de 7 de marzo. Ref. BOE-A-2007-7034
- Téngase en cuenta, en relación con la reducción de pago de sanciones pecuniarias, el art. 5 de la Ley 5/2014, de 11 de septiembre. Ref. BOE-A-2014-9959

§ 35

Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos

Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha
«DOCM» núm. 90, de 24 de julio de 2002
«BOE» núm. 224, de 18 de septiembre de 2002
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2002-18104

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

Las Cortes de Castilla-La Mancha han aprobado y yo, en nombre del Rey, promulgo la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El consumo de drogas como fenómeno complejo y cambiante se ha convertido en uno de los problemas que han generado y generan mayor preocupación social.

A este fenómeno se añaden una serie de adicciones no producidas por sustancias químicas que producen trastornos adictivos con la consiguiente repercusión familiar, social y económica.

La dependencia de las drogas constituye un problema muy grave para los enfermos que la sufren, para sus familias y para la sociedad en general. A su vez, las drogas legales constituyen también un problema importante. Mil quinientas personas fallecen prematuramente cada año en nuestra región por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Es un fenómeno complejo y global, cuyo abordaje requiere una perspectiva amplia, multidisciplinar e integral. El consumo de sustancias psicoactivas, que alteran las funciones mentales y que generan dependencia, es conocido a lo largo de toda la historia de la humanidad y en todas las sociedades. La regulación y el control de estas sustancias ha sido siempre motivo de controversia. En todo caso, además de los aspectos culturales y de los efectos sobre la salud humana, no podemos olvidar los aspectos económicos.

A los consumos tradicionales, socialmente aceptados en nuestra región (como el tabaco), se han ido incorporando, por un lado y a partir de los años setenta, el uso y abuso de otras sustancias psicotropas adictivas (heroína, cocaína y derivados del cannabis) y por otro, trastornos adictivos desde el principio de los años noventa, las denominadas drogas de síntesis.

Los principios básicos sobre los que debe construirse cualquier ley en materia de drogodependencias y otras adicciones hacen referencia a los siguientes aspectos: la consideración de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusión en las esferas biológica, psicológica, social y familiar: una consecuencia de tal idea es la equiparación del drogodependiente con otros enfermos, sin

que pueda ser discriminado; la promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo al consumo de drogas; la prioridad de las políticas y actuaciones dirigidas a la prevención del consumo de drogas; la consideración integral e interdisciplinar de las labores de prevención, asistencia e integración social del drogodependiente, involucrado a los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad; la inserción social, que debe estar ligada al proceso asistencial como una parte más y objetivo final de este último; y el favorecimiento de una cultura de la solidaridad y la creación de una conciencia social, que supone necesariamente el fomento del asociacionismo para constituir grupos de autoayuda de afectados y familiares.

Pero no sólo la realidad social ha cambiado introduciendo el consumo de nuevas sustancias sino que el consumo de tabaco sigue siendo elevado y se constituye en la primera causa de mortalidad prematura evitable.

La Constitución Española en su Título I, artículos 41 y 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, pero a su vez establece la responsabilidad de las Administraciones Públicas (los poderes públicos) en la organización y tutela de la misma, como garantía fundamental de este derecho. A su vez, el Código Penal regula en su Título XVII la actividad plural derivada del tráfico de drogas bajo la rúbrica «Delitos contra la Salud Pública», dentro del marco más extenso de «Delitos contra la Seguridad Colectiva». La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha con la promulgación de esta Ley pretende garantizar el derecho que todo individuo tiene a su salud y colaborará con las Instituciones y Organismos competentes en la persecución del tráfico de drogas y en el control de los estupefacientes en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Con esta Ley se persigue, asimismo, trasladar un mensaje de solidaridad y apoyo social hacia las personas drogodependientes, al tiempo que se profundiza en la articulación de una serie de instrumentos de coordinación, planificación, participación y financiación de las actuaciones en materia de drogas que se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma.

Esta Ley pretende ordenar las actuaciones que se realizan en el campo de las drogodependencias en nuestra Comunidad Autónoma, en los aspectos tanto preventivos como asistenciales, y de integración social, dándole el carácter de enfermedad común y consolidando un modelo de intervención que, desde el ámbito sanitario, asegure en el futuro la coordinación e integración de todos los recursos especializados de la red sanitaria.

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha tiene competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención, asistencia y restauración de la salud. En el marco de estas competencias se incardina la relativa a drogodependencias. Por otra parte, la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha tiene competencia exclusiva sobre asistencia social y servicios sociales, promoción y ayuda a menores, jóvenes, tercera edad, emigrantes, minusválidos y demás grupos sociales necesitados de especial atención.

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, consciente de las dimensiones del problema y teniendo en cuenta la demanda social imperante, elaboró y puso en marcha una serie de medidas encaminadas a paliar dicha situación, creándose en 1987 el Plan Regional de Drogas. Desde esta fecha hasta la actualidad, se han aprobado sucesivos Planes Regionales de Drogas, el último de los cuales el 19 de marzo de 2001 y que tendrá vigencia hasta el año 2005, que reúne los objetivos y actividades a desarrollar en el ámbito de nuestra Comunidad.

Asimismo, la Consejería de Sanidad ha aprobado una serie de normas en materia de coordinación, acreditación de centros y servicios de atención al toxicómano, y en materia de tratamiento de deshabituación con opiáceos a personas dependientes de los mismos y se han regulado, con carácter anual, diversos instrumentos financieros y técnicos para el fomento de las actividades que en la materia desarrollan las entidades locales y las organizaciones no gubernamentales. Además, las drogodependencias constituyen un área de intervención prioritaria dentro de los Planes Castellano-Manchegos de Salud y de Salud Mental, configurándose dentro de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, como una de las actuaciones específicas de las funciones que debe llevar a cabo el Sistema Sanitario en nuestra región. Desde las Instituciones Autonómicas de Castilla-La Mancha se entiende la intervención en el fenómeno de las

drogas y todos sus problemas asociados como un proceso que se inicia en la prevención de los consumos y finaliza con la integración social del individuo drogodependiente.

En este proceso integrador de la persona con problemas de drogodependencias, debe ser la totalidad de la sociedad castellano-manchega la que participe, pues es la que sufre todos los riesgos y problemáticas causados por este fenómeno.

La Ley opta por una aproximación parcial al fenómeno de las drogas para dotar de su auténtica dimensión a las políticas sectoriales. Se propone transmitir de forma clara a la sociedad y a sus instituciones la relevancia del problema, trasladando un mensaje de normalización, solidaridad y apoyo social hacia las personas drogodependientes y el compromiso de las Administraciones Públicas (los poderes públicos) de nuestra región para mitigar las consecuencias derivadas del consumo de drogas y para promocionar de forma activa los hábitos de vida saludables y una cultura de la salud.

Se establece en esta Ley la articulación de instrumentos de coordinación, planificación, participación y financiación de las actuaciones que en el ámbito de drogas se desarrollen en nuestra Comunidad Autónoma, en los campos de prevención, asistencia e integración social. Se define un marco jurídico desde el que se configuren, clarifiquen y coordinen las actuaciones en la región, de manera que posibilite el ejercicio de una política responsable, evaluable y eficaz contra el abuso de drogas.

En lo que se refiere a aspectos organizativos, esta Ley supone la adopción del principio de «estructuras integradas», por el cual la respuesta a los problemas derivados por las drogas ha de darse desde las estructuras normalizadas de salud, educación, servicios sociales y otras. Dirige sus actuaciones hacia todos los ciudadanos sin discriminación, priorizando su política preventiva sobre todo respecto de niños y jóvenes, entendiendo que sólo mediante la mentalización social sobre las consecuencias de este fenómeno cabe plantear el adecuado cambio de actitudes y la modificación de comportamientos consecuentes.

En el campo asistencial, las drogodependencias son concebidas como enfermedad, destacando la utilización de los recursos existentes en el marco de la red asistencial general. Un sistema público de atención que garantice la equidad, la accesibilidad, la individualidad y los derechos de los usuarios, la voluntariedad en el tratamiento, la confidencialidad en el uso de los datos y la permanencia del paciente en el entorno socio-familiar más próximo.

Respecto a la integración social del individuo, la Ley se inclina por una política que priorice el acceso de los individuos con problemas de drogas a programas normalizados de empleo, de formación, de vivienda, de servicios sociales, etc., potenciando, cuando sea necesario, la discriminación positiva.

La presente Ley se estructura en ocho Títulos, con un total de 67 artículos, dos Disposiciones adicionales, tres Disposiciones transitorias, una Disposición derogatoria y cuatro Disposiciones finales.

El Título I, «Disposiciones Generales», define el objeto y ámbito de la Ley, establece el marco conceptual que permita una correcta interpretación del texto, contiene los principios generales que inspiran la redacción del mismo y los sujetos protegidos.

El Título II, «De la Prevención de las Drogodependencias», consta de dos capítulos, «Reducción de la demanda» y «Reducción de la oferta». Considera que las actuaciones que permiten reducir la demanda de drogas se constituyen como el instrumento más eficaz y eficiente de protección de la sociedad frente al grave problema del consumo de drogas. En este título se establecen las medidas preventivas generales basadas en la educación y en la información, que aún dirigidas a la población en general, prioriza a la población menor de edad y a los grupos de riesgo. Se establecen, asimismo, los ámbitos prioritarios de intervención: escolar, familiar, laboral, sanitario-asistencial y el comunitario.

En lo relativo a la reducción de la oferta, se regulan una serie de preceptos encaminados al control de drogas institucionalizadas o legales, mediante medidas que limitan tanto la publicidad y promoción como su venta y consumo. Asimismo, se establecen disposiciones para la regulación e inspección de determinados tipos de sustancias que pueden actuar como medicamentos.

El Título III, «De la asistencia y la integración social de las personas drogodependientes», establece las medidas encaminadas a normalizar la asistencia del

drogodependiente y sus derechos y deberes, destacando entre otros, el derecho a la participación en el diseño de su proceso de intervención.

Por otra parte, en este título se desarrollan las características del sistema de asistencia e integración social, constituyéndose como un circuito terapéutico integrado en el Sistema Público de Salud y de Servicios Sociales. Contiene, asimismo, la regulación de actuaciones en los ámbitos penitenciarios, judicial y laboral.

El Título IV, «De la formación, investigación, evaluación y sistemas de información», establece líneas de actuación de la Administración Autonómica en lo concerniente a la formación, investigación y documentación que garanticen, entre otros, una adecuada formación de pregrado y postgrado, así como la formación continuada de profesionales y agentes sociales implicados.

La investigación se contempla como una herramienta imprescindible para abordar eficazmente el complejo fenómeno de las drogodependencias, estableciéndose para ello medidas que la impulsen y facilitando que los diferentes profesionales desarrollen estudios sobre la materia.

Con la evaluación de las diferentes actuaciones se pretende garantizar la eficacia de las políticas permitiendo la toma de decisiones que favorezcan la calidad de los servicios, y posibiliten la adopción de medidas que resuelvan o palien los problemas que en cada momento y situación se presenten.

La Ley crea un instrumento destinado a la recogida y gestión de la información, unificándola y coordinándola con los distintos sistemas de información locales, estatales y europeos.

El Título V, «De la organización y participación social», se dedica a regular las estructuras político-administrativas encargadas de la planificación, ordenación, coordinación, seguimiento, control y evaluación de las actuaciones contempladas en la Ley y establece el procedimiento para la elaboración y aprobación del Plan Regional sobre Drogas. Se recoge la figura de los «Planes Locales de Drogas», como herramienta de planificación para aquellos Municipios con más de 10.000 habitantes o Mancomunidades.

Se hace hincapié en este Título, sobre la necesidad de la participación social y del voluntariado, en las políticas generales de intervención sobre el fenómeno de las drogodependencias.

El Título VI, «De las competencias de las Administraciones Públicas», establece y ordena competencias, tanto autonómicas como locales, que con arreglo al ordenamiento jurídico vigente les corresponden.

El Título VII, «De la financiación», supone el compromiso solidario, no sólo de las Administraciones Públicas (los poderes públicos), sino de la totalidad de la sociedad castellano-manchega, en la consecución de los objetivos perseguidos por la presente Ley.

Por último, el Título VIII, «Del régimen de infracciones y sanciones», regula una serie de normas que salvaguarden y velen por el cumplimiento de los preceptos establecidos en la Ley.

TÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente Ley tiene por objeto:

a) La ordenación general, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, del conjunto de actuaciones e iniciativas de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, de las personas drogodependientes, a la formación, investigación, información y evaluación, así como las actuaciones tendentes a la protección de terceras personas, ajenas al consumo de drogas y que, por esta causa, pudieran verse afectadas.

b) La regulación general de las funciones y competencias de la materia de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia para la necesaria cooperación y coordinación en materia de drogodependencias.

c) La configuración de los instrumentos de planificación, coordinación y participación.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

Las prescripciones contenidas en la presente Ley serán de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que en materia de drogas se realicen dentro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Artículo 3. *Definiciones.*

1. A los efectos de ésta Ley, se entiende por:

a) Trastorno adictivo: Patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno.

b) Drogas: Aquellas sustancias que suministradas al organismo son capaces de generar dependencia y pueden provocar cambios en el comportamiento y efectos nocivos para la salud y el bienestar de las personas.

c) Drogodependencia: Una enfermedad crónica y recidivante que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo, caracterizada por una tendencia compulsiva al consumo de drogas.

d) Prevención: Todas aquellas medidas encaminadas a limitar, y en su caso eliminar, la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias dañinas asociadas a su consumo.

e) Asistencia: El proceso terapéutico dirigido a superar el estado de dependencia física, psicológica y social.

f) Integración social: El proceso de vinculación en la realidad cultural, económica y social, que una persona realiza después de un período de aislamiento o crisis con la misma.

g) Reducción de daños: Las estrategias de intervención dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos que pueden producir algunas formas del uso de drogas o de las patologías asociadas al mismo.

h) Disminución de riesgos: Las estrategias de intervención orientadas a modificar las conductas susceptibles de aumentar los efectos especialmente graves para la salud asociados al consumo de drogas.

i) Tratamiento: Conjunto de medios de toda clase, físicos, higiénicos, biomédicos, farmacéuticos, psicológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

j) Evaluación: Análisis de los indicadores establecidos en relación a las actividades realizadas en la prevención, tratamiento e integración de los sujetos drogodependientes para la elección de las más adecuadas y el establecimiento de prioridades cientificotécnicas, económicas o sociales.

2. En el ámbito de esta Ley, se consideran drogas institucionalizadas o socialmente afectadas aquellas que pueden ser adquiridas y consumidas legalmente, siendo las principales las bebidas alcohólicas, el tabaco y los psicotropos cuando no se cumplan las disposiciones legales de prescripción y dispensación.

Artículo 4. *Principios generales.*

Las actuaciones en materia de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha responderán a los siguientes principios generales:

a) La intervención sobre las condiciones sociales y culturales favorecedoras del consumo de drogas y sobre sus consecuencias individuales, familiares y sociales.

b) La promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo del abuso de drogas, así como la solidaridad social con las personas con problemas de drogodependencia.

c) La consideración integral e interdisciplinar de la prevención de las drogodependencias y de la asistencia e integración social del drogodependiente.

d) La consideración, a todos los efectos, de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social de la persona.

e) La coordinación de las actuaciones de las Administraciones Públicas, entidades e instituciones, responsabilidad y autonomía en la gestión de los programas y servicios.

f) La participación activa de la Comunidad en el diseño, ejecución y control de las intervenciones destinadas a abordar los problemas relacionados con el consumo de drogas.

g) La selección e implantación de las actuaciones y programas en materia de drogas con sujeción a criterios de eficacia y flexibilidad, así como evaluación continua de las actuaciones, estructuras y resultados de los mismos.

h) La consideración prioritaria de las políticas y actuaciones preventivas en materia de drogodependencias.

i) La calidad de los servicios y las prestaciones.

Artículo 5. *De los destinatarios.*

1. Se entiende por tales todos los españoles residentes o transeúntes en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, así como los extranjeros inscritos en el padrón del municipio de la Comunidad de Castilla-La Mancha en que residan habitualmente, en las mismas condiciones que los españoles. Así mismo, los extranjeros que acudan a los servicios o centros en situaciones de urgencia, las extranjeras embarazadas durante el período de embarazo, parto y postparto y los extranjeros menores de edad en las mismas condiciones que los españoles.

En todo caso, las Administraciones prestarán una especial atención al ámbito de la infancia y la adolescencia en relación con las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, en Castilla-La Mancha se garantizará la atención de todas las personas en situación de urgencia y emergencia.

TÍTULO II

De la prevención de las drogodependencias

CAPÍTULO I

Reducción de la demanda

Artículo 6. *Medidas generales en materia de reducción de la demanda.*

1. Las medidas dirigidas a la prevención del consumo de drogas a través de la reducción de la demanda tienen por objeto promover las condiciones personales y ambientales que eviten que los individuos se inicien en el consumo de drogas o que establezcan relaciones problemáticas con estas sustancias.

Para ello corresponde a las Administraciones Públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, desarrollar, promover, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendentes a:

a) Informar a la población acerca de las sustancias que pueden generar dependencias, así como de las consecuencias derivadas de su consumo.

b) Promover la Educación para la Salud de la población.

c) Intervenir sobre los factores de riesgo, tanto individuales como sociales, vinculados al inicio de consumo de drogas o al desarrollo de patrones problemáticos de consumo de

sustancias adictivas, así como sobre los factores de protección en relación a dichos consumos.

d) Formar profesionales que actúen en el campo de la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

e) Fomentar la implicación del movimiento asociativo y de la comunidad en general en la reducción del consumo de drogas.

f) Potenciar las percepciones, actitudes y comportamientos positivos de la población respecto a las drogodependencias y otros trastornos adictivos, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.

g) Adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas no sólo para los consumidores sino para terceros ajenos al consumo de estas sustancias.

h) Coordinar e impulsar las actividades tendentes a prevenir el consumo de drogas entre las Administraciones Públicas, Organismos públicos, movimientos asociativos, así como los diferentes colectivos sociales implicados en esta problemática.

i) Promover la formalización de acuerdos de colaboración con organizaciones sindicales y empresariales, a fin de promover la prevención en el ámbito laboral.

j) Facilitar la colaboración interinstitucional para el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en materia de prevención del consumo de drogas.

k) Fomentar alternativas de ocio y tiempo libre que conlleven la reducción de la atracción social sobre las drogas, así como la demanda de las mismas.

l) Disponer de sistemas de información que garanticen el conocimiento permanente y la evolución de los patrones de consumo, así como la evaluación de las intervenciones realizadas.

m) Fomentar el movimiento asociativo juvenil, favoreciendo la participación en programas culturales, de ocio, especialmente nocturno, deportivos, ambientales, de educación para la salud y de apoyo a colectivos que viven en situación de riesgo social.

2. El conjunto de estas medidas se dirigirá preferentemente a la población menor de dieciocho años, así como a los grupos de población o los ámbitos de actividad en que sea más elevada la prevalencia del consumo de drogas o la potencial peligrosidad de dicho consumo.

Artículo 7. *Ámbitos prioritarios.*

Las medidas destinadas a la prevención a través de la reducción de la demanda se realizarán en todos aquellos ámbitos que aconsejen las características peculiares que en cada caso presente el consumo de drogas y otros trastornos adictivos, siendo especialmente relevantes los siguientes: Familiar, escolar, laboral, asistencial, comunitario y los medios de comunicación.

CAPÍTULO II

Reducción de la oferta

Artículo 8. *Limitaciones a la publicidad y promoción de tabaco.*

1. Queda prohibida cualquier campaña o actividad, publicitaria o no, directa o indirecta, dirigida preferentemente a menores de dieciocho años que incite al consumo de tabaco.

2. Queda prohibida la publicidad de tabaco directa o indirecta en todos los lugares en que la presente Ley prohíbe su venta o consumo.

3. En ningún caso podrán utilizarse voces o imágenes de menores de dieciocho años, para ser utilizados como soportes publicitarios de tabaco.

4. Quedan prohibidos los anuncios publicitarios de tabaco en las publicaciones juveniles editadas en Castilla-La Mancha, cualquiera que sea su soporte, y en los programas de radio, televisión, internet u otras redes informáticas emitidos desde centros ubicados en su territorio cuando éstos tengan como destinatarios preferentes o exclusivos a menores de dieciocho años, así como la difusión entre menores de propaganda de tabaco.

5. No podrá realizarse el patrocinio o financiación de actividades deportivas o culturales, dirigidas preferentemente a menores de dieciocho años, por parte de las personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación, promoción o distribución de tabaco, si ello lleva aparejada la publicidad de dicho patrocinio o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionados con el tabaco.

6. Queda prohibida la exposición de publicidad de tabaco en la vía pública a una distancia mínima de 200 metros en el entorno de los centros educativos de enseñanza no universitaria o en lugares que sean visibles desde los mismos.

7. No está permitido que los mensajes publicitarios de tabaco se asocien a la mejora del rendimiento físico o psíquico, a la conducción de vehículos, al manejo de armas, al éxito social o sexual y a efectos terapéuticos.

Así mismo, queda prohibido ofrecer una imagen negativa de la abstinencia.

8. La prohibición contenida en el apartado anterior se extiende a todo tipo de publicidad, directa o indirecta, incluyendo la de objetos que por su denominación, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa pueda suponer una publicidad encubierta de tabaco.

9. Con el fin de evitar incumplimientos involuntarios en materia de publicidad, las agencias y medios de publicidad o difusión podrán solicitar autorización administrativa previa, de acuerdo con lo previsto en el artículo 8 de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

10. De manera específica, se prohíbe la publicidad del tabaco a través de los siguientes medios:

a) Distribución por buzones, por correo, por teléfono y, en general, mediante mensajes que se envíen a un domicilio siempre que no se garantice que será recibida exclusivamente por mayores de dieciocho años.

b) Periódicos, revistas y demás publicaciones, así como cualquier medio de registro y reproducción gráfica o sonora, incluidos los medios electrónicos e informáticos, editados por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

c) Centros de televisión ubicados en Castilla-La Mancha.

11. Asimismo se prohíbe que los presentadores de las televisiones ubicadas en Castilla-La Mancha y de programas de televisión realizados en la Comunidad Autónoma, aparezcan fumando o junto a paquetes de tabaco o que mencionen marcas de éste, nombres comerciales, logotipos y otros signos identificativos o asociados a este producto.

Artículo 9. *Limitaciones a la venta y consumo de tabaco.*

1. Quedan prohibidos en el territorio de Castilla-La Mancha la venta, dispensación y suministro, gratuitos o no, por cualquier medio, de tabaco a menores de dieciocho años.

2. La prohibición establecida en el punto anterior no podrá levantarse temporal o definitivamente por la decisión o permisos otorgados por los padres, tutores o guardadores de los menores.

3. La venta y suministro de tabaco a través de máquinas automáticas sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados haciéndose constar en su superficie frontal la prohibición que tienen los menores de dieciocho años de adquirir tabaco, y a la vista de una persona encargada de que se cumpla la citada prohibición.

4. Queda prohibida la venta, dispensación o suministro, gratuitos o no, de tabaco en los siguientes lugares:

a) Los centros o dependencias de las Administraciones Públicas de Castilla-La Mancha, salvo en los lugares que reglamentariamente se autoricen.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y servicios sociales.

c) Los centros educativos no universitarios.

d) Los centros destinados a la enseñanza deportiva.

e) Las instalaciones deportivas cerradas.

f) Los centros o locales destinados a menores de dieciocho años.

g) La vía pública, salvo en aquellos lugares expresamente autorizados por el Ayuntamiento correspondiente.

5. A) Queda prohibido fumar en los siguientes lugares:

a) Zonas de los centros y dependencias de todas las Administraciones Públicas destinadas a la atención directa al público, en la forma que reglamentariamente se determine.

b) Cualquier medio de transporte colectivo en trayectos que discurran exclusivamente por el territorio de Castilla-La Mancha, tanto urbanos como interurbanos.

En el caso del transporte ferroviario, podrá fumarse exclusivamente en vagones o departamentos destinados para fumadores.

c) Los vehículos de transporte escolar, en todos los vehículos destinados al transporte de menores de edad y en los vehículos destinados al transporte sanitario.

d) En lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.

e) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

f) Ascensores y elevadores.

B) Queda prohibido fumar, salvo en los espacios que puedan habilitarse en ellos reglamentariamente, en los siguientes lugares:

a) Los centros sanitarios y sociosanitarios.

b) Los centros o locales destinados a menores de dieciocho años.

c) Los centros de enseñanza y sus dependencias.

d) Los cines, teatros y similares.

e) Los museos, bibliotecas, salas de lectura, salas de exposiciones o conferencias y salas de uso público en general.

f) Los estudios de radio y televisión destinados al público.

g) Las instalaciones deportivas cerradas y los centros de ocio y tiempo libre cerrados.

h) Locales donde se elaboren, transformen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente al consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores de alimentos en ejercicio de su trabajo.

i) En las zonas reservadas a los no fumadores en los restaurantes y demás lugares destinados principalmente al consumo de alimentos.

j) Locales comerciales cerrados que reglamentariamente se establezcan con frecuente congregación de personas.

Artículo 10. *Derecho preferente.*

1. En caso de conflicto, prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir tabaco en todos aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse el derecho a la salud de los primeros.

2. Los poderes públicos promoverán medidas tendentes a evitar el consumo de tabaco en presencia de menores.

Artículo 11.

1. Debe solicitarse a los comités de seguridad e higiene en el trabajo y a los comités de empresa y representantes sindicales, de conformidad con las funciones que la legislación vigente le asigne, su colaboración en la vigilancia del cumplimiento de la normativa establecida en la presente Ley.

2. En todo caso, los titulares de los locales, centros y establecimientos, así como los órganos competentes en los casos de los centros o dependencias de las Administraciones Públicas serán responsables del estricto cumplimiento de estas normas. Así mismo, estarán obligados a señalizar las limitaciones y prohibiciones y deberán contar con las hojas de reclamación a disposición de los usuarios, y de cuya existencia habrán de ser informados dichos usuarios.

3. En cualquier caso todos los lugares enumerados en este artículo tendrán la conveniente señalización con la prohibición expresa de fumar o, en su caso, convenientemente señalizadas, las salas o lugares destinados a fumadores y que en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en el caso de los centros docentes para menores de dieciocho años, y usuarios de los diferentes servicios o visitantes, en el caso de los centros sanitarios.

Artículo 12. *Control e inspección de otras sustancias.*

1. La Administración sanitaria, en el marco de la legislación vigente, prestará especial atención al control e inspección de estupefacientes y psicotropos, y de los medicamentos que los contengan, en las fases de producción, distribución y dispensación, así como el control e inspección de los laboratorios, centros o establecimientos que los produzcan, elaboren o importen, de los almacenes mayoristas y de las oficinas de farmacia.

2. Con el objeto de evitar el uso para fines no terapéuticos de medicamentos que contengan estupefacientes o psicotropos, éstos se prescribirán mediante receta en los términos previstos en la normativa básica correspondiente.

Artículo 13. *Medicamentos estupefacientes y psicotropos.*

En relación con la prevención y la correcta utilización de los medicamentos estupefacientes y psicotropos, la Administración sanitaria realizará:

a) El seguimiento de la utilización por parte de la población de estos medicamentos, para conocer los tipos y cantidades de productos utilizados, así como otros aspectos que pudieran tener relevancia para la salud pública.

b) Prestará especial atención a la educación para la prevención del uso extraterapéutico de estos medicamentos, mediante campañas de concienciación de los usuarios potenciales y efectivos, y de información general y específica de los productos en cuestión, así como a la prevención del desvío al tráfico ilícito de tales sustancias.

c) Establecerá cauces de relación con los médicos y farmacéuticos, a fin de concretar planes tendentes al uso racional de estos medicamentos, así como a la detección de consumos abusivos, para paliarlos.

Artículo 14. *Inhalables y colas.*

Se prohíbe la venta a menores de edad de colas y otras sustancias o productos químicos industriales inhalables de venta autorizada que puedan producir efectos nocivos para la salud y que puedan generar dependencia o produzcan efectos euforizantes, depresivos, alucinatorios u otros. Reglamentariamente se determinará la relación de productos a que se refiere al apartado anterior.

Artículo 15. *Sustancias de abuso en el deporte.*

1. La prohibición de la prescripción y dispensación de fármacos, para la práctica deportiva, cuando su uso no estuviera justificado por necesidades terapéuticas objetivas.

2. El Gobierno adoptará las medidas apropiadas, en el marco de sus competencias, para eliminar el uso de aquellas sustancias prohibidas por los Organismos deportivos nacionales e internacionales y en especial de aquellas que presentan propiedades anabolizantes de naturaleza hormonal.

Artículo 16. *Juego patológico.*

1. El juego patológico, como trastorno adictivo, merecerá especial interés por parte de los sistemas educativos, sanitario y social, fomentándose la información a todos los colectivos sociales sobre su potencialidad adictiva.

2. Los poderes públicos promoverán medidas dirigidas a eliminar las conductas ludópatas y sus consecuencias en los ámbitos sanitario, familiar, económico y social.

Artículo 17. *Otros trastornos adictivos.*

La Administración competente promoverá las actuaciones necesarias para el estudio, análisis, investigación e impulso de programas de prevención, asistencia e integración social referidos a otras adiciones del comportamiento que pueden generar una dependencia similar a las de las sustancias químicas, y las mismas repercusiones en el entorno familiar, social y económico.

TÍTULO III

De la asistencia y la integración social de las personas drogodependientes

CAPÍTULO I

Asistencia a drogodependientes

Artículo 18. *Objetivos generales.*

Las acciones asistenciales que se desarrollen en la Comunidad de Castilla-La Mancha dirigidas hacia los sujetos protegidos a que se hace referencia en el artículo 5 afectados por drogodependencias y otros trastornos adictivos, tendrán por finalidad:

a) Garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas y otros trastornos adictivos en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando en todo caso la calidad y eficacia de los diferentes servicios y programas integrados en la red sanitaria única de utilización pública.

b) Potenciar los programas de integración social como objetivo del proceso asistencial, favoreciendo la conexión de los programas asistenciales con los primeros. Como mejor vía de integración social, se desarrollarán estrategias orientadas al acceso y mantenimiento en el ámbito laboral de la población drogodependiente.

c) Garantizar el respeto a los derechos de las personas drogodependientes como usuarios de los distintos servicios.

d) Adecuar los dispositivos asistenciales de la red pública a las necesidades asistenciales de las personas, y de aquellas que padezcan otros trastornos adictivos, garantizando el acceso libre a dichos dispositivos, de acuerdo con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y con la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.

e) Mejorar los niveles de salud y calidad de vida de las personas drogodependientes.

f) Reducir la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente.

g) Impulsar la cultura social favorecedora de la solidaridad y colaboración de la Comunidad en la asistencia e integración social de las personas drogodependientes, y que incluya un rechazo al consumo de drogas.

h) Cooperar con las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones de autoayuda de afectados y familiares, como colaboradores del proceso asistencial.

Artículo 19. *Criterios de actuación.*

La Junta de Comunidades tendrá en cuenta los siguientes criterios en lo referente a las actuaciones relacionadas con la atención a las personas con problemas de adicción a drogas:

a) La oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes deberá garantizar la equidad, la accesibilidad, la individualidad y los derechos de los usuarios, así como la profesionalidad, la diversidad y la pluralidad de los servicios entre los cuales debe incluirse:

1. La prevención de enfermedades y de asesoramiento y apoyo psicológico dirigidos a las personas afectadas y a las personas que conviven con ellas.

2. El mantenimiento, mediante la prescripción y dispensación de medicación sustitutiva en la red asistencial.

3. La educación sanitaria, que facilite a los afectados la adecuada utilización de los recursos sanitarios necesarios para evitar la transmisión de enfermedades.

b) La atención a drogodependientes contemplará la estructura de un circuito terapéutico integrado y coordinado con el sistema público sanitario y de servicios sociales.

c) Garantizar la atención y la asistencia a los drogodependientes, priorizándose la permanencia en su entorno sociofamiliar más próximo.

d) Fomentar, en coordinación con Instituciones Penitenciarias, la asistencia a los drogodependientes en este ámbito.

e) Establecer las normas necesarias para autorizar, acreditar, e inspeccionar todos los recursos y programas que oferten atención a los drogodependientes.

f) Favorecer la integración social de los drogodependientes, potenciando para ello la normalización del sujeto y adoptando, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades.

g) Fomentar la participación de la comunidad en las acciones destinadas a la asistencia e integración social de los drogodependientes.

h) Evaluar de forma permanente los recursos y programas que vayan destinados a la asistencia e integración social de los drogodependientes.

Artículo 20. *Actuaciones prioritarias.*

La Junta de Comunidades, en colaboración con otras Entidades Públicas y privadas, establecerá las siguientes actuaciones prioritarias:

a) La atención a los drogodependientes y a sus familiares desde el sistema público sanitario y de servicios sociales, siempre desde un enfoque multidisciplinar, especial en el nivel primario.

b) La coordinación estable entre los distintos recursos y programas destinados a la atención a los drogodependientes.

c) La realización de programas encaminados a la disminución de riesgos, reducción de daños y mejora de las condiciones sociales y sanitarias del drogodependiente, incluyendo actividades de educación sanitaria, asesoramiento y apoyo psicológico a personas usuarias de drogas portadoras de enfermedades transmisibles y a sus familiares.

d) El desarrollo de programas específicos dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos programas incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos opiáceos, u otros fármacos de eficacia clínica demostrada, el control sanitario y la atención social y personalizada.

e) La potenciación de programas de integración social de personas drogodependientes y de asesoramiento a sus familiares, así como los de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, con objeto de conseguir su progresiva integración social y laboral.

f) La potenciación de programas y recursos dirigidos específicamente a mujeres drogodependientes con cargas familiares no compartidas y con otros factores añadidos de riesgo.

g) La equiparación del drogodependiente a otros enfermos, y la consideración de la drogodependencia, a efectos asistenciales, como una enfermedad.

CAPÍTULO II

De los derechos y deberes de las personas drogodependientes

Artículo 21. *Derechos.*

Todas las personas residentes en la Comunidad Autónoma con problemas de adicción a drogas disfrutarán de todos los derechos recogidos en la ordenación jurídica en relación a los usuarios de los servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios, con especial atención a los siguientes:

a) Al respeto a su personalidad, dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por causa alguna.

b) A la información sobre todos los servicios relacionados con la atención a su problema de adicción existentes en la Comunidad Autónoma, requisitos y formas de acceder a ellos, así como al proceso de tratamiento que se esté realizando en cada momento.

c) A la atención integral de sus problemas de salud.

d) A la gratuidad de todos los servicios, siempre que sean previa prescripción facultativa, con las excepciones que se pudieran determinar reglamentariamente.

e) A recibir una atención adecuada e individualizada, prestada por centros y servicios autorizados.

f) A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales.

g) A la participación en el diseño de su proceso de intervención y a la realización y finalización de forma voluntaria del tratamiento.

h) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso de intervención.

i) A la libre elección entre las diferentes ofertas terapéuticas reconocidas, con el pertinente asesoramiento técnico.

j) A que se le extienda certificación gratuita acreditativa sobre su situación, así como sobre el tratamiento que haya seguido (informe de alta) o esté siguiendo.

k) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso asistencial. En caso de que dicho soporte fuere informático estará en todo caso sujeto a las disposiciones reguladoras que garanticen la confidencialidad de los datos y el uso de los mismos, siéndole solicitada la preceptiva autorización para el tratamiento y cesión de dichos datos, salvo en las excepciones que marca la Ley.

l) A ser advertido si el tratamiento que se le aplique puede ser utilizado para un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible su previa autorización garantizándose que su negativa no implicará ningún tipo de discriminación, en lo relativo a su asistencia.

m) A conocer el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia, que deberán estar debidamente identificadas.

Artículo 22. *Deberes.*

Todas las personas que residan en los municipios de Castilla-La Mancha y con problemas de adicción a las drogas tienen los siguientes deberes:

a) Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos, servicios y prestaciones ofrecidos.

b) Cumplir las especificaciones e indicaciones que, a lo largo del programa de tratamiento, se le indique.

c) Firmar, en su caso, un documento de alta voluntaria del tratamiento.

d) Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro asistencial y al personal que en él preste sus servicios.

e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de los centros de atención.

Artículo 23. *Garantías de los derechos.*

1. La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha desarrollará reglamentariamente el contenido y el alcance específico de los derechos reconocidos en el artículo 21.

2. Los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados de atención al drogodependiente dispondrán de información accesible acerca de los derechos y deberes de los usuarios así como reclamaciones y sugerencias.

3. Las infracciones relativas a los derechos recogidos en el artículo 21 estarán sometidas al régimen sancionador contemplado en esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias o de otro tipo que pudieran surgir para el personal autor de las mismas.

4. Las infracciones relativas a los deberes de los usuarios recogidos en el artículo anterior no podrán dar lugar nunca a la expulsión de la red asistencial de utilización pública, sino tan sólo, en su caso, a cambios de programa asistencial o de tratamiento, salvo la negativa a recibir la atención sanitaria correspondiente.

5. El ingreso de una persona en un centro o servicio de carácter residencial o su inclusión en tratamiento ambulatorio, vendrá precedido de la aceptación del correspondiente contrato terapéutico, en el que se reflejen con claridad los derechos y obligaciones a observar en el mismo. La aceptación deberá realizarse por escrito vinculando al paciente hasta la finalización o baja del tratamiento.

CAPÍTULO III

De la asistencia e integración social del drogodependiente

Artículo 24. *Características generales.*

1. La asistencia e integración social se constituye como un circuito terapéutico diversificado que integra de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos del sistema sanitario de Castilla-La Mancha en coordinación con los servicios sociales, con participación de entidades privadas debidamente acreditadas.
2. La asistencia e integración social estará estructurada en diferentes niveles de intervención y deberá dar respuesta suficiente y adecuada a las distintas problemáticas relacionadas con las drogodependencias.
3. La asistencia e integración social contemplará los sistemas de coordinación y los recursos necesarios para conseguir la mejora de la asistencia y la inserción social del drogodependiente.
4. La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha establecerá los mecanismos necesarios de coordinación con las entidades responsables de los recursos sociales, formativos y laborales para la elaboración de políticas y creación de recursos encaminados a la inserción de los drogodependientes.
5. La integración social de los drogodependientes se hará preferentemente a través de recursos normalizados destinados a la población en general, fomentando la participación del tejido social.

Artículo 25. *Niveles asistenciales.*

1. El Sistema de Asistencia al Drogodependiente se estructura en dos niveles de intervención:

a) Un primer nivel a cargo, fundamentalmente, de los centros, dispositivos y programas de atención básica cuyas funciones esenciales son la información, orientación, diagnóstico, detección precoz, reducción del daño y otras análogas.
b) Un segundo nivel, configurado por unidades específicas.

2. Serán determinados y desarrollados reglamentariamente:

a) Las funciones básicas de cada nivel.
b) Los centros, servicios, dispositivos y recursos que los integran.
c) El circuito terapéutico.
d) La jerarquización de los recursos.
e) Las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes.
f) La inclusión de niveles complementarios de intervención.

3. El Órgano competente establecerá los mecanismos de coordinación y líneas de actuación de los centros, servicios, dispositivos y recursos de la red pública, garantizando una actuación integral en el territorio.

Artículo 26. *De la integración social.*

1. La integración social de las personas drogodependientes se realizará mediante una intervención individual y comunitaria, persiguiendo como fin último la integración y normalización del individuo en la sociedad, apoyándose en sus recursos personales y sociales.
2. La Administración autonómica desarrollará programas destinados a facilitar al drogodependiente la adquisición y el desarrollo de las estrategias y los recursos personales y sociales que sean necesarios para su integración.
3. En el ámbito familiar, se fomentarán estrategias dirigidas específicamente al apoyo y asistencia del entorno familiar del drogodependiente.
4. En el ámbito laboral, se potenciarán aquellas actuaciones que incidan sobre el acceso al mismo de las personas drogodependientes, y en especial a través de acciones como planes de empleo, desarrollo de los aspectos personales para la ocupación, información profesional y técnicas de búsqueda activa de empleo.

Asimismo se establecerán planes de formación que capaciten a los drogodependientes y les permitan una más factible incorporación laboral.

5. En el ámbito de la juventud, se impulsarán intervenciones que fomenten la formación de grupos que, además de cumplir una importante función de prevención, se conviertan en instrumentos de integración de la juventud marginada en nuestra sociedad. A estos efectos, se aprovecharán especialmente los correspondientes programas generales educativos de capacitación profesional, los de empleo, los de vivienda y los de la red de servicios sociosanitarios.

6. Se fomentará la realización de actuaciones y programas educativos dirigidos principalmente a la adquisición de habilidades intelectuales, utilización de las capacidades básicas del aprendizaje y la nivelación cultural.

7. Los poderes públicos velarán y propiciarán la colaboración y la coordinación de las instituciones públicas y de la iniciativa social privada, ya que para la consecución del objetivo de integrar en la sociedad al drogodependiente, es imprescindible la participación de dichas instituciones, grupos y asociaciones.

8. Con el fin de favorecer la efectiva integración social de los drogodependientes, los poderes públicos fomentarán los necesarios cambios en la percepción social del fenómeno de las drogodependencias que posibiliten la aceptación de las peculiaridades de las personas drogodependientes y de los servicios que necesitan.

Artículo 27. *Definición de centros de asistencia e integración de los drogodependientes.*

Los centros de asistencia e integración de los drogodependientes serán aquellos, tanto públicos como privados, que realicen actuaciones específicas sobre la condición de drogodependiente y con el objetivo último de proporcionar un programa terapéutico dirigido a eliminar su adicción, normalizar su conducta y conseguir su integración social.

Artículo 28. *De otros centros y servicios.*

Se incluyen en el ámbito de esta Ley los centros o servicios de carácter público o privado que actúan específicamente en la asistencia o integración social de los drogodependientes, y en especial los de las organizaciones no gubernamentales que actúan en el sector de las drogodependencias.

Artículo 29. *De los requisitos mínimos de los centros de asistencia e integración de los drogodependientes.*

1. Los centros de asistencia e integración de drogodependientes, tanto públicos como privados, deberán cumplir los siguientes requisitos mínimos:

a) Contar con el personal suficiente, con la titulación y la experiencia necesaria, así como las instalaciones y equipamientos, condiciones de capacidad e infraestructura que reglamentariamente se determinen.

b) Estar autorizados para su funcionamiento como centros sociosanitarios de asistencia e integración de drogodependientes por el órgano competente, según el procedimiento que reglamentariamente se determine.

c) El régimen de funcionamiento interno y procedimientos de actuación de estos centros serán regulados en el desarrollo reglamentario de la presente Ley.

2. Asimismo, además de la autorización administrativa previa, la Comunidad de Castilla-La Mancha establecerá reglamentariamente las normas que deberán cumplir para poder ser acreditados y concertados por la propia Administración.

CAPÍTULO IV

De otros ámbitos prioritarios de actuación

Artículo 30. *Ámbito penitenciario y judicial.*

La Administración Regional:

a) Promoverá en todos los centros penitenciarios de la región, en coordinación con Instituciones Penitenciarias, programas de intervención integral que den respuesta a las distintas problemáticas presentadas por los reclusos con problemas de adicción.

b) Establecerá canales de coordinación con los recursos penitenciarios y extrapenitenciarios de tratamiento e integración social para elaborar programas individuales de intervención cuando el recluso salga del medio penitenciario.

c) Desarrollará programas de intervención integral para drogodependientes con problemas judiciales, en coordinación con las instituciones y entidades con competencias jurídico-penales, laborales, formativas y de servicios sociales.

d) Fomentará programas de cumplimiento alternativo de condena, coordinándose para su elaboración y ejecución con las autoridades o entidades responsables.

e) Determinará, en coordinación con Instituciones Penitenciarias, instituciones judiciales y otras entidades que participen en el diseño de los programas destinados a población con problemas jurídicos o penales, un sistema de acreditación, seguimiento y evaluación continua de los programas y recursos que se realicen en este ámbito.

Artículo 31. *Ámbito laboral.*

La Administración Regional:

a) Promoverá en el ámbito laboral programas de prevención del consumo de drogas y de tratamiento de los trabajadores con problemas de adicción, en los que participen sindicatos, empresarios y servicios de prevención de riesgos laborales.

b) Impulsará medidas para que las empresas reserven el puesto de trabajo durante el tiempo en el que el trabajador esté en tratamiento y no pueda realizar su labor profesional.

c) Determinará, en coordinación con los sindicatos y empresarios, un sistema de acreditación, seguimiento y evaluación continua de los programas que se realicen en este ámbito.

TÍTULO IV

De la formación, investigación, evaluación y sistemas de información

CAPÍTULO I

De la formación

Artículo 32. *Criterios de actuación.*

La Administración Regional:

a) Promoverá programas específicos de formación de aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e integración social de personas drogodependientes.

b) Se considerará prioritaria la inclusión de contenidos formativos en drogodependencias y otros trastornos adictivos dirigidos a los siguientes colectivos:

1. Profesionales del sistema sanitario de Castilla-La Mancha, así como el de los servicios sociales.
2. Profesionales de la red de asistencia a las drogodependencias.
3. Educadores de enseñanza primaria y secundaria, bien de manera específica o entroncados dentro de los programas de educación para la salud.
4. Asociaciones de padres de alumnos.
5. Asociaciones de ayuda y autoayuda, voluntariado social, asociaciones juveniles y movimientos asociativos relacionados directa o indirectamente con las drogodependencias de nuestra Comunidad Autónoma.
6. Personal al servicio de la Administración de Justicia, de la Administración penitenciaria, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como las Policías Municipales de la Comunidad Autónoma.
7. Representantes de los empresarios, trabajadores y delegados de prevención.
8. Profesionales e instituciones públicas o privadas de atención a menores.

9. Profesionales de las oficinas de farmacia.
10. Profesionales de los medios de comunicación.
11. Estudiantes de pregrado de facultades o escuelas universitarias relacionadas con el tema de drogas.
12. Empresarios y servicios médicos de las empresas.
13. Profesionales de bares de copas, discotecas y locales de ocio en general.

c) Velará por la idoneidad y adecuación de los contenidos en el ámbito formativo en función de la estrategia regional en las áreas de prevención, asistencia e integración social.

d) Garantizará la formación básica, especializada y continuada de los universitarios y profesionales, así como el acceso a la documentación científica.

e) Elaborará un programa de formación continuada dirigido a profesionales de los recursos de prevención, asistencia e inserción social en el ámbito de las drogodependencias, que incluya contenidos considerados prioritarios. Para ello, además de con sus propios recursos, podrán contar con el apoyo de las iniciativas sociales o asociaciones que articulen proyectos de formación.

f) Impulsará la creación de módulos formativos sobre prevención de drogas, atención e integración social de drogodependientes, en aquellas Universidades con estudios en los ámbitos social, legal, educativo y sanitario.

Artículo 33. *La formación.*

La Administración Regional:

a) Colaborará en la formación pregraduada, postgraduada y continuada de los colectivos profesionales que intervienen en el ámbito de las drogodependencias, considerándose prioritarios los servicios sociales y sanitarios, educación, justicia e interior.

b) Garantizará la acreditación de la formación continuada en el ámbito de las drogodependencias, con el fin de velar por la calidad de las actividades de formación realizadas por los agentes públicos o privados.

Artículo 34. *Educación para la salud.*

1. Las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones precisas con la finalidad de que la población y en especial aquellos colectivos más desfavorecidos, adquieran actitudes, hábitos, información y valores alejados de los problemas de las drogas.

En el ámbito familiar se potenciarán las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y superar factores de marginación de las familias que inciden en el consumo de drogas.

Las Administraciones competentes en materia educativa, sanitaria, social y juvenil colaborarán en la promoción de la salud en el ámbito educativo a través del desarrollo de programas de salud y de prevención de drogas en todas las etapas educativas. Asimismo, colaborarán en el desarrollo de los programas formativos dirigidos a alumnos y alumnas, padres y madres, personal docente y no docente de los centros, con el fin de realizar la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, actuando de forma coordinada para dicha finalidad.

2. Las Administraciones Públicas potenciarán una política global de alternativa al consumo de drogas y al desarrollo de otras conductas potencialmente adictivas, actuando en los ámbitos cultural, deportivo y social.

A tal efecto, se impulsarán servicios socioculturales, actividades de ocio y tiempo libre y se promocionará el deporte.

Asimismo, se introducirá en el curriculum formativo escolar el aprendizaje en la elección de formas de ocio y diversión saludables.

CAPÍTULO II

De la investigación, evaluación y sistemas de información

Artículo 35. *La investigación.*

1. La Administración Regional impulsará la colaboración en los ámbitos autonómico, nacional e internacional para potenciar la investigación en el campo de las drogodependencias teniendo preferencia las Universidades de Castilla-La Mancha.
2. La Administración Regional podrá promover la creación de entidades e instituciones con objeto de fomentar el estudio y la investigación en materia de drogodependencias.
3. Serán áreas prioritarias de investigación las siguientes:

a) Niveles y tendencias en el consumo de drogas.
b) Actitudes y estados de opinión de la población general respecto al fenómeno de las drogodependencias.
c) Repercusiones individuales y sociales del consumo de drogas.
d) Evaluación de los diferentes programas de intervención y, particularmente, de la efectividad de los métodos y programas terapéuticos.
e) Estilos de vida asociados al consumo de drogas.
f) El tratamiento legal y la intervención penal de las drogodependencias.

4. La Administración Regional promoverá encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, económicos y sociales para conocer la incidencia, prevalencia y problemática de las drogodependencias.

Artículo 36. *La evaluación.*

1. La Administración Regional diseñará un sistema de evaluación de los programas de prevención, asistencia, incorporación social y formación en el ámbito de las drogodependencias.
2. La Administración Regional deberá definir los instrumentos que permitan conocer y estudiar los progresos y avances en la consecución de los objetivos marcados.

Artículo 37. *Sistema de Información.*

1. La Administración Regional creará una unidad administrativa que integre el Observatorio Regional de Drogas que integrará la información y análisis sobre el fenómeno de las drogodependencias.
2. Los objetivos básicos del sistema de información serán:

a) Disponer, por parte de la Administración Regional, de un barómetro permanente que facilite la disposición de una información lo más amplia y fiable posible de la situación de los consumos de drogas existentes en nuestra región en un momento determinado, de su evolución o tendencias futuras y de las consecuencias que de los mismos se deriven; permitiendo una correcta fundamentación en la formación de políticas y el diseño de planes y programas de intervención que hagan frente de forma efectiva a los problemas derivados del uso y abuso de drogas.
b) Servir como órgano regional de comunicación y coordinación con otros órganos de ámbito europeo, estatal o regional que tengan como objetivo la recogida y análisis de la información sobre drogodependencias, en coordinación con los órganos estatales competentes para ello, indicadores y criterios.

3. Las funciones propias y básicas asignadas serán:

a) Recoger y analizar de forma permanente los datos disponibles.
b) Crear un sistema de información que permita evaluar la situación de los consumos de drogas y los efectos asociados, así como su evolución y tendencias futuras.
c) Difundir la información sobre aspectos relevantes relacionados con las drogas, mediante la publicación de informes periódicos.

d) Colaborar y coordinar actuaciones con los sistemas de información españoles y europeos sobre drogas, facilitando y recibiendo la información más amplia y precisa posible y mejorando la comparabilidad de la información disponible.

e) Promocionar diversas investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con los consumos de drogas o sus efectos.

f) Facilitar el acceso a la documentación sobre drogas e impulsar los mecanismos de intercambio y comunicación científica y técnica entre las personas que trabajan en el campo de las drogodependencias.

g) Asesorar a las instancias políticas e institucionales acerca de las prioridades existentes en materia de drogas y las posibles medidas a adoptar.

h) Realizar, dentro del ámbito de la información, cualquier otra función que le sea encomendada por la Administración Regional.

Artículo 38. *Obligación de informar.*

Cualquier institución, organización o entidad pública, así como las entidades privadas y personas que reciban financiación pública y que en materia de drogodependencias desarrollen o presten servicios de prevención, asistencia, integración social, formación o investigación en Castilla-La Mancha, estarán obligadas a suministrar a los responsables públicos en dicha materia, cuando se les solicite, los datos y resultados que en desarrollo de dichas actividades o programas se lleven a cabo, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 21.

TÍTULO V

De la organización y participación social

CAPÍTULO I

De la organización

Artículo 39. *Del Observatorio Regional sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos.*

1. Se crea el Observatorio Regional sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, como órgano asesor y técnico de apoyo científico permanente.

2. Sus funciones serán las siguientes:

a) Recogida y análisis de la información disponible de fuentes nacionales e internacionales.

b) Cooperación o colaboración con los diferentes Observatorios tanto nacionales como internacionales.

c) Promoción de investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes, relacionados con la drogadicción.

d) Mantenimiento de un sistema de indicadores fiables y sensibles que permita el seguimiento de la evolución del consumo de drogas en la Comunidad de Castilla-La Mancha.

3. Su composición y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 40. *Naturaleza y características del Plan Regional de Drogas.*

1. El Plan Regional de Drogas es el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de drogodependencias en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

2. El Plan recogerá, de forma global, las acciones a realizar en las áreas de prevención, asistencia, incorporación social, formación, investigación y coordinación que se realicen en el ámbito de la Comunidad Autónoma por las distintas Administraciones Públicas, entidades y organizaciones.

3. El Plan Regional de Drogas será vinculante para todas las Administraciones Públicas, entidades e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogodependencias en Castilla-La Mancha.

4. El período de vigencia del Plan Regional de Drogas será establecido por el propio Plan.

Artículo 41. *Contenidos del Plan Regional de Drogas.*

El Plan Regional de Drogas contemplará, como mínimo, los siguientes elementos:

a) Análisis epidemiológico del consumo de drogas y sus consecuencias asociadas.
b) Objetivos generales y específicos por áreas de actuación.
c) Criterios básicos de actuación.
d) Programas y calendario de actuación.
e) Responsabilidades y funciones de las Administraciones Públicas, entidades e instituciones que intervengan en esta materia.
f) Recursos necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.
g) Sistemas de seguimiento, control y evaluación de los programas y recursos.

Artículo 42. *Elaboración y aprobación del Plan Regional de Drogas.*

1. La elaboración del Plan Regional de Drogas se realizará conforme a los criterios que hayan sido establecidos en esta materia por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación que prevé esta Ley.

3. El Plan Regional de Drogas será aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Artículo 43. *Funciones del órgano de dirección del Plan Regional de Drogas.*

El órgano de dirección del Plan Regional de Drogas tendrá entre sus funciones la elaboración, desarrollo y seguimiento de éste y la coordinación, cooperación y colaboración con todas las Administraciones Públicas y entidades privadas para el desarrollo de una política integral de drogodependencias en la Región. Además, tendrá las funciones que reglamentariamente se determinen relacionadas con la prevención del consumo de drogas, la asistencia y reinserción social de drogodependientes.

Artículo 44. *Planes locales.*

1. Se definen los planes locales de drogas como el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de drogodependencias en el ámbito de un municipio o de una mancomunidad de municipios. Los requisitos mínimos que deben cumplir se establecerán reglamentariamente.

2. Deberán tener Plan Local de Drogas todos aquellos municipios con más de 10.000 habitantes.

3. Igualmente, podrán tener Plan Local de Drogas las mancomunidades de municipios que cumplan los requisitos que reglamentariamente se establezcan.

4. A los efectos de lo establecido en los artículos 47, 53 y 57 se creará un Registro de Planes Locales de Drogas, adscrito al órgano competente en materia de drogodependencias, en el que se inscribirán todas aquellas entidades que lo soliciten y cumplan los requisitos establecidos.

CAPÍTULO II

De la coordinación institucional

Artículo 45. *Instrumentos de coordinación.*

Para la coordinación, seguimiento y evaluación de las actuaciones contempladas en esta Ley y en el Plan Regional de Drogas se definen los siguientes órganos de coordinación:

a) Comisión Técnica Regional de Drogodependencias.
b) Comisión Interlocal de Drogodependencias.

Artículo 46. *Comisión Técnica Regional de Drogodependencias.*

1. Para la coordinación, evaluación y seguimiento de los diferentes programas del Plan Regional de Drogas se constituirá una Comisión Técnica Regional.
2. Sus características, composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 47. *Comisión Interlocal de Drogodependencias.*

1. Para la coordinación, evaluación y seguimiento de los diferentes Planes Locales de Drogas y de las actuaciones y programas que en materia de drogodependencias se realicen se constituirá la Comisión Interlocal.
2. Sus características, composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

CAPÍTULO III

De la participación social y el voluntariado

Artículo 48. *Consejo Asesor de Drogodependencias.*

1. Se creará un Consejo Asesor, como órgano colegiado de carácter consultivo, a través del cual se promueva la participación de la comunidad.
2. Estará compuesto por representantes de las Administraciones Públicas, así como representantes de las asociaciones y organizaciones sociales más relevantes relacionadas con las drogodependencias.
3. Sus características, composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 49. *Promoción de la iniciativa social.*

1. Los centros y servicios que trabajen en el ámbito de las drogodependencias gestionados por entidades u organizaciones, siempre que estén previamente autorizados conforme a lo previsto en el artículo 19.e) de esta Ley, podrán integrarse dentro de la red asistencial pública, mediante la celebración de convenios de colaboración, conciertos u otras formas previstas en el ordenamiento jurídico.
2. También y de forma excepcional, podrán establecerse convenios, conciertos u otras formas de colaboración previstas en el ordenamiento jurídico, para la prestación de servicios vinculados a programas del Plan Regional de Drogas.
3. Para la elaboración de convenios y conciertos y concesión de subvenciones podrá considerarse como preferente a las entidades u organismos sin ánimo de lucro.

Artículo 50. *Funciones de la iniciativa social.*

Las entidades u organizaciones privadas podrán cooperar con la Administración Pública en el desempeño de las siguientes funciones:

a) La sensibilización social y la información.
b) La prevención de las drogodependencias.
c) La asistencia e integración social de drogodependientes.
d) La formación.
e) La investigación y evaluación.

Artículo 51. *Voluntariado.*

Las Administraciones Públicas y las entidades u organizaciones privadas fomentarán la participación del voluntariado.

TÍTULO VI

De las competencias de las Administraciones Públicas

CAPÍTULO I

De las competencias de la Administración Regional

Artículo 52. *Competencias.*

En materia de drogodependencias, corresponde a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha:

a) El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad de Castilla-La Mancha.
b) El diseño, elaboración y aprobación del Plan Regional sobre Drogas.
c) La planificación, coordinación y desarrollo, sobre la base de las competencias de la Junta, de un sistema público de asistencia a los drogodependientes.
d) La promoción de programas interdisciplinares de formación en materia de drogodependencias.
e) El establecimiento de un sistema centralizado de información sobre drogodependencias que permita el seguimiento y evaluación continua del consumo de drogas y de los problemas asociados.
f) La autorización, acreditación y evaluación de centros, servicios y programas de formación, prevención, asistencia e integración social en el campo de las drogodependencias.
g) La puesta en marcha de mecanismos favorecedores de la integración social.
h) El desarrollo y ejecución de la función inspectora y el ejercicio de la potestad sancionadora.
i) La coordinación en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las actuaciones en materia de drogodependencias con otras Administraciones y entidades sociales.

CAPÍTULO II

De las competencias de las Entidades Locales

Artículo 53. *Competencias de los Ayuntamientos.*

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, en materia de drogodependencia corresponde a los Ayuntamientos de Castilla-La Mancha:

a) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que se establecen en el Título II de esta Ley.
b) Sancionar, en el marco de sus competencias, las infracciones tipificadas en esta Ley y no atribuidas a la Administración Regional y adoptar las medidas cautelares cuya ejecución les permita el ordenamiento jurídico vigente.
c) Colaborar con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los Ayuntamientos de más de 10.000 habitantes de Castilla-La Mancha tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación y ejecución de planes locales de drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas.
b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen en el ámbito exclusivo de su municipio.
c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas.
d) La formación en materia de drogas del personal propio.
e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

Artículo 54. *Competencias de las Mancomunidades de Municipios.*

Las Mancomunidades que, conforme al artículo 44 de esta Ley, cuenten con planes locales de drogas tendrán las competencias y responsabilidades que se señalan en el apartado 2 del artículo anterior, pero referidas en este caso al ámbito de la Mancomunidad.

Artículo 55. *Competencias de las Diputaciones.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye y de otras iniciativas o servicios que pudieran mantener, en materia de drogodependencia corresponde a las Diputaciones de Castilla-La Mancha el apoyo técnico y económico en materia de drogas a los Municipios de menos de 10.000 habitantes, especialmente a los de menor capacidad económica y de gestión, para garantizar la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de las competencias y responsabilidades mínimas señaladas en los artículos 53 y 57 de la presente Ley.

TÍTULO VII

De la financiación

Artículo 56. *La financiación de la Administración Regional.*

Para la consecución de los objetivos perseguidos por esta Ley y los que se establezcan en el correspondiente Plan Regional de Drogas, se utilizarán, entre otras, las siguientes vías de financiación:

a) La dotación presupuestaria que cada año los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha destinen para el desarrollo de actividades en materia de drogas.
b) Los ingresos procedentes de convenios, subvenciones y transferencias finalistas.
c) Los ingresos procedentes de la Unión Europea que financien acciones concretas relacionadas con las drogodependencias.
d) Los recursos procedentes de todas aquellas entidades públicas o privadas que destinen recursos a la financiación pública de actividades relativas a las drogodependencias en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
e) El fondo de prevención regulado en el artículo 67.1 de esta Ley.
f) Otras vías de financiación que se puedan establecer.

Artículo 57. *La financiación de la Administración Local.*

1. Los Ayuntamientos y Mancomunidades de municipios deberán prever cada año las partidas presupuestarias que correspondan para realizar las actuaciones contempladas en esta Ley que sean de su competencia.
2. Los Municipios de más de 10.000 habitantes y Mancomunidades municipales que deseen obtener financiación de la Comunidad Autónoma para el desarrollo de actuaciones de su competencia en materia de drogas, estarán obligadas a disponer de un Plan Local de Drogas convenientemente aprobado y a consignar en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada y de acuerdo con la estructura y clasificaciones presupuestarias, los créditos específicos que garanticen la cofinanciación de sus objetivos.
3. Todos los Municipios y Mancomunidades que dispongan de Plan Local de Drogas podrán recibir fondos finalistas de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha destinados a programas del mismo.
4. Son otras vías de financiación de la Administración Local las siguientes:

a) Los ingresos procedentes de la Unión Europea que financien acciones concretas relacionadas con las drogodependencias.
b) El fondo de prevención regulado en el artículo 67.2 de esta Ley.
c) Otras vías de financiación que se puedan establecer.

Artículo 58. *Financiación de las entidades privadas.*

La Administración Pública Regional y Entidades Locales podrán financiar a las entidades privadas para el desarrollo de actividades en materia de drogodependencias a través de los instrumentos correspondientes, siempre que dichas actividades estén debidamente autorizadas, acreditadas y en consonancia con las directrices del Plan Regional de Drogas.

TÍTULO VIII

Del régimen de infracciones y sanciones

CAPÍTULO I

De la inspección y medidas cautelares

Artículo 59. *Inspección.*

1. Corresponde a las Consejerías competentes por razón de la materia y, en su caso, a las Corporaciones Locales, la realización de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley, en sus respectivos ámbitos competenciales de actuación.

2. El personal que desarrolle las funciones de inspección, cuando ejerza tales funciones y acreditando su identidad, tendrá el carácter de Autoridad, y podrá:

a) Entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta Ley, sin perjuicio de la necesidad de aportar la correspondiente autorización judicial en los casos en que la Ley lo exija.

b) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de las normas que se dicten para su desarrollo.

c) Realizar cuantas actuaciones sean precisas en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen.

Todo ello sin perjuicio de las garantías establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

3. Los titulares de los centros o servicios estarán obligados a facilitar a la inspección el acceso a las instalaciones y el examen de los documentos, libros y datos estadísticos que sean preceptivos, así como a suministrar toda la información necesaria para evaluar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley.

Artículo 60. *Medidas cautelares.*

En caso de sospecha razonable y fundada de riesgo inminente y grave para la salud pública o para los usuarios, por circunstancias sobrevenidas o de fuerza mayor, o por incumplimiento de la normativa vigente, la Consejería competente por razón de la materia podrá adoptar las medidas cautelares sobre los establecimientos o servicios que considere más adecuadas para evitar dichos riesgos.

Podrán adoptarse, entre otras, las siguientes medidas cautelares:

a) Exigencia de fianza o caución.

b) Suspensión temporal de la licencia de actividad.

c) Cierre temporal del local o instalación.

d) Incautación de los bienes directamente relacionados con los hechos que hayan dado lugar al procedimiento.

CAPÍTULO II

De las infracciones y sanciones

Artículo 61. *Régimen sancionador.*

1. Constituyen infracciones administrativas, en el ámbito de las drogodependencias, las acciones u omisiones tipificadas en esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. 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.

3. El régimen sancionador contenido en este Título se entiende sin perjuicio de la aplicación de los regímenes sancionadores específicos previstos en la legislación de seguridad ciudadana, defensa de los consumidores y usuarios, publicidad, sanidad y medicamentos, así como de servicios sociales.

Artículo 62. *Clasificación de las infracciones.*

1. Las infracciones administrativas establecidas en la presente Ley se clasificarán como leves, graves y muy graves.

2. Se consideran como infracciones leves:

a) El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el capítulo II del Título II de esta Ley, cuando haya tenido lugar por simple negligencia y no comporte un perjuicio directo para la salud.

b) El retraso e incumplimiento de las obligaciones de información, comunicación y comparecencia a requerimiento de la autoridad competente.

c) Cualquier otro incumplimiento prescrito en la presente Ley que no se tipifique como infracción grave o muy grave.

3. Se consideran infracciones graves:

a) El incumplimiento de las obligaciones establecidas en los artículos del capítulo II del Título II de esta Ley, cuando no se hayan cometido por simple negligencia o comporten un perjuicio directo para la salud, con excepción de lo establecido en los puntos a) y b) del apartado 4 del presente artículo.

b) La negativa o resistencia a prestar colaboración o facilitar la información requerida por las autoridades competentes, así como el suministro de información inexacta o documentación falsa.

c) La obstrucción a la acción inspectora que no constituya falta muy grave.

d) La alteración sustancial de las características establecidas para la acreditación y autorización de centros o servicios que desarrollen actividades de tratamiento de las drogodependencias.

e) Llevar a cabo actividades de carácter lucrativo relacionadas con las drogodependencias en establecimientos, centros o servicios constituidos sin ánimo de lucro.

f) Aquellas que siendo concurrentes con infracciones leves sirvan para facilitar o encubrir su comisión.

g) La reincidencia en la comisión de infracciones leves.

4. Se consideran infracciones muy graves:

a) La venta o dispensación de tabaco en centros de enseñanza infantil, primaria o secundaria o en otros locales y centros destinados a menores de dieciocho años.

b) La realización, contratación y difusión de campañas publicitarias de tabaco de ámbito supramunicipal, dirigidas a fomentar su consumo entre menores de edad o en las que participen menores.

c) La resistencia, coacción, amenaza o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

d) Iniciar, prestar o desarrollar servicios o actividades de prevención, asistencia e integración social en establecimientos, centros o servicios no autorizados o por personal no cualificado legalmente.

e) Aquellas que siendo concurrentes con infracciones graves sirvan para facilitar o encubrir su comisión.
f) La reincidencia en la comisión de infracciones graves.

5. Existe reincidencia cuando, al cometer la infracción, el sujeto hubiera sido ya sancionado por la comisión en el término de un año de más de una infracción de la misma naturaleza cuando así haya sido declarado por resolución firme.

Artículo 63. *Personas responsables.*

1. Serán responsables de la infracción como autores de la misma, las personas físicas o jurídicas, usuarios, titulares o gestores de entidades, centros o servicios, que realicen las acciones u omisiones tipificadas como infracción en esta Ley.
2. Responderán también del pago de la sanción las siguientes personas:

a) Los propietarios del establecimiento, sean personas físicas o jurídicas, responderán solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por sus empleados o dependientes.
b) El anunciante, el empresario creador de la publicidad y el empresario difusor de la publicidad responderán solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones previstas en esta Ley en materia de publicidad.
c) Los padres o tutores responderán solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por personas menores de edad.
d) Los administradores de las personas jurídicas responderán subsidiariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por éstas.

Artículo 64. *Sanciones.*

1. Las infracciones de la presente Ley serán sancionadas, en su caso, con multa, cese temporal de la actividad o cierre del establecimiento, local o empresa.
2. La graduación de las sanciones será proporcional a la infracción cometida y respetará los siguientes criterios:

a) Gravedad de la infracción.
b) Trascendencia social y perjuicios causados (número de personas afectadas y grado de difusión de la publicidad).
c) Riesgo para la salud, individual y colectiva.
d) Volumen de negocios del infractor.
e) Beneficio obtenido.
f) Grado de intencionalidad.
g) Edad de los menores afectados.
h) Reincidencia.

3. Las infracciones previstas en esta Ley serán castigadas con las siguientes sanciones:

A) Por infracciones leves:

a) En grado mínimo: Multa de hasta 600 euros.
b) En grado medio: Multa de 601 hasta 1.800 euros.
c) En grado máximo: Multa de 1.801 hasta 3.000 euros.

B) Por infracciones graves:

a) En grado mínimo: multa de 3.001 hasta 6.000 euros.
b) En grado medio: Multa de 6.001 hasta 10.500 euros.
c) En grado máximo: Multa de 10.501 hasta 15.000 euros.

C) Por infracciones muy graves:

a) En grado mínimo: Multa de 15.001 hasta 120.000 euros.
b) En grado medio: Multa de 120.001 hasta 350.000 euros.
c) En grado máximo: Multa de 350.001 hasta 600.000 euros.

D) En los supuestos de infracción grave o muy grave se podrá rebasar la multa máxima prevista hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de infracción.

E) En los casos de especial gravedad, comisión continuada de infracción o transcendencia notoria y grave para la salud, el órgano competente podrá acordar, como sanción complementaria, el cierre temporal de la empresa, servicio o establecimiento hasta un plazo máximo de cinco años.

F) En los casos determinados del apartado anterior, podrá acordarse la supresión, cancelación o suspensión de todo tipo de ayuda o subvención de carácter financiero que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado de cualquier órgano de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

G) Asimismo, cuando se trate de infracciones graves o muy graves en materia de publicidad, las agencias y los medios de publicidad o difusión responsables serán excluidos de toda posible contratación con la Administración Regional durante un periodo de dos años.

4. Serán competentes para imponer las sanciones a las que se refiere el presente artículo:

a) Los Alcaldes, hasta multas de 15.000 euros y la imposición de las medidas cautelares que fueran necesarias, cuando las actividades o hechos que constituyan las infracciones no excedan del ámbito territorial de su municipio.

b) Los órganos de la Consejería competente en materia de sanidad, hasta multas de 60.000 euros.

De las actas levantadas y de las denuncias se enviará una copia al Alcalde del municipio en el que se hubieran cometido los hechos reflejados en las mismas y otra copia al Delegado Provincial de la Consejería de Sanidad.

Cuando denunciado o conocido un hecho que pudiera constituir una de las infracciones leves o graves previstas en esta Ley, la Consejería requerirá información del Ayuntamiento competente sobre la incoación del expediente.

Si éste no inicia el oportuno expediente sancionador en el plazo de un mes a partir de la fecha del requerimiento, deberá incoarlo la Delegación Provincial correspondiente.

c) El Consejo de Gobierno, para la imposición de multas desde 60.001 euros y el cierre temporal de la empresa, servicio o establecimiento.

5. Las resoluciones firmes de imposición de sanciones por infracciones muy graves serán objeto de publicación en el «Diario Oficial de Castilla-La Mancha».

6. Corresponde con carácter preferente a los Alcaldes la imposición de sanciones por la comisión de infracciones leves y graves, cuando las actividades o hechos que constituyan la infracción no excedan del ámbito territorial de sus municipios. Reglamentariamente se establecerá en qué supuestos procederá la imposición de sanciones por la Administración Regional por la comisión de infracciones leves y graves.

Artículo 65. *Medidas de carácter provisional.*

1. No tendrá carácter de sanción la resolución de cierre de los establecimientos o de suspensión de las actividades que no cuenten con la autorización exigida o que no se ajusten a los términos de ésta, hasta que se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos.

Simultáneamente a la resolución de cierre o suspensión podrá incoarse un expediente sancionador.

2. Podrán adoptarse las siguientes medidas de carácter provisional:

a) Exigencia de fianza o caución.

b) Incautación de los bienes directamente relacionados con los hechos que hayan dado lugar al procedimiento.

c) Suspensión de la licencia de actividad.

d) Clausura temporal del local.

Artículo 66. *Prescripción.*

1. Las infracciones a las que se refiere la presente Ley prescribirán:

a) Al año, las correspondientes a las faltas leves.
b) A los dos años, las correspondientes a las faltas graves.
c) A los cinco años, las correspondientes a las faltas muy graves.

2. El plazo de prescripción comenzará a contarse a partir del día que se haya cometido la infracción y se interrumpirá por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador.

Artículo 67. *Fondo de prevención.*

1. Las cantidades recaudadas por la Administración Regional como resultado del régimen sancionador que se establece en la presente Ley serán aplicadas al presupuesto destinado a programas de prevención del Plan Regional de Drogas de Castilla-La Mancha.
2. Las cantidades recaudadas por la Administración Local como resultado del régimen sancionador que se establece en la presente Ley serán aplicadas al presupuesto destinado a programas de prevención de drogodependencias por los propios Ayuntamientos.

Disposición adicional primera.

En el plazo de seis meses, a partir de la publicación de la presente Ley, deberán quedar constituidos todos los órganos de coordinación y participación previstos en el Título V.

Disposición adicional segunda.

La Administración Regional junto con las organizaciones empresariales más representativas del sector de restaurantes en el ámbito regional, con la finalidad de promover hábitos de vida saludables y mejorar la salud de la población, pondrán en práctica políticas activas tendentes a la disminución del consumo de tabaco en base a los siguientes principios rectores:

a) Realizar campañas de divulgación informando de los efectos negativos del tabaco, a fin de promover entre los profesionales del sector, usuarios y consumidores la disminución progresiva de su consumo en los establecimientos.
b) Fomentar la creación de espacios en los que expresamente se establezca la prohibición de fumar.
c) Promover una buena calidad ambiental en los establecimientos mediante la mejora de los sistemas de ventilación de los locales.

Disposición transitoria primera.

Hasta la entrada en vigor de las normas que regulen los órganos de participación y coordinación a los que se refiere el Título V, se aplicarán transitoriamente los Decretos 195/1993, de 30 de noviembre, de la Comisión de Drogodependencias de Castilla-La Mancha, y el 34/1997, de 18 de febrero, de las Comisiones Provinciales de Drogodependencias, y las Órdenes de la Consejería de Sanidad de 12 de enero de 1993, por la que se crea la Comisión Técnica de Coordinación del Plan Regional de Drogas de Castilla-La Mancha, y de 4 de mayo de 1995, del Consejo Interlocal de Drogodependencias.

Disposición transitoria segunda.

Las medidas limitativas de la publicidad de tabaco contempladas en esta Ley no serán de aplicación hasta transcurridos seis meses desde su entrada en vigor.

Disposición transitoria tercera.

Los centros, servicios, locales y establecimientos dispondrán de un plazo de un año a partir de la entrada en vigor de esta Ley, para adecuarse a sus prescripciones.

Disposición derogatoria única.

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

Disposición final primera.

Mediante Decreto del Consejo de Gobierno se revisará, como máximo cada cuatro años, las cuantías mínimas y máximas de las sanciones fijadas en la presente Ley.

Disposición final segunda.

En el plazo de un año a partir de la publicación de esta Ley, los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de más de 10.000 habitantes regularán mediante Ordenanza Municipal lo dispuesto en el punto 4.h) del artículo 9.

Disposición final tercera.

Se faculta al Consejo de Gobierno para que en el plazo de nueve meses desarrolle reglamentariamente lo dispuesto en esta Ley.

Disposición final cuarta.

La presente Ley entrará en vigor al mes de su publicación en el «Diario Oficial de Castilla-La Mancha».

Información relacionada

- Téngase en cuenta que mediante decreto del Consejo de Gobierno, publicado únicamente en el "Diario Oficial de Castilla-La Mancha", se revisarán, como máximo cada cuatro años, las cuantías mínimas y máximas de las sanciones fijadas, según establece la disposición final 1 de esta ley.

§ 36

Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia

Comunidad Autónoma de Cataluña
«DOGC» núm. 572, de 7 de agosto de 1985
«BOE» núm. 206, de 28 de agosto de 1985
Última modificación: 17 de marzo de 2023
Referencia: BOE-A-1985-18553

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 se establece en el artículo 33.2 del Estatuto de Autonomía, promulgo la siguiente

LEY DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN MATERIA DE SUSTANCIAS QUE PUEDEN GENERAR DEPENDENCIAS

PREÁMBULO

La dependencia originada por el consumo de diversos tipos de sustancias psicoorgánicamente activas es hoy en Cataluña un fenómeno social de carácter epidémico, sobre el que los poderes públicos y toda la sociedad deben actuar con firmeza para aliviar sus efectos nocivos, tanto en lo que se refiere a la salud individual como al bienestar colectivo.

El uso de drogas no institucionalizadas, especialmente la heroína, la cocaína y los derivados de la «cannabis» está, lamentablemente, extendido entre nosotros, y la conflictividad e inseguridad que genera son motivo de gran preocupación social. Este fenómeno, favorecido por el tráfico ilegal fomentado por los narcotraficantes, tiene un origen diverso, en el que intervienen sin duda la transformación de las condiciones de vida, la alienación y la falta de perspectivas sociales. Es especialmente doloroso contemplar hasta qué punto se ha extendido el consumo de drogas originadoras de toxicomanía tan peligrosas como la heroína y la cocaína. También determinados productos utilizados inicialmente como medicamentos crean a veces situaciones de dependencia análogas a las originadas por las drogas no institucionalizadas.

Por otra parte, es bien sabido que el elevado consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores favorecedores de la aparición de problemas sociales y de problemas de salud. La importancia de estos problemas guarda correlación con el nivel de consumo por habitante, y es preocupante constatar que en Cataluña este nivel ha aumentado considerablemente en el curso de los últimos veinte años, especialmente en lo que se refiere a los productos destilados de alta graduación.

También se ha incrementado el consumo de tabaco en Cataluña, especialmente entre los jóvenes y las mujeres. Las enfermedades relacionadas con este producto son causas importantes de incapacidad laboral y de muerte prematura, de modo que hoy la lucha contra el tabaquismo debe considerarse como un programa prioritario de prevención para mejorar la salud y la expectativa de vida.

La presente Ley atiende de una manera global las vertientes preventivas y asistenciales, tanto en lo que se refiere a las diferentes sustancias como a las medidas a adoptar.

La tarea preventiva es fundamental y básica en materia de dependencias; sin ella, la puesta en marcha de recursos asistenciales específicos sería hasta cierto punto poco satisfactoria. Por ello, la presente Ley prevé en primer lugar las acciones preventivas como peldaño esencial en la lucha contra las dependencias.

En el ámbito de la prevención, la presente Ley pone especial esmero en disponer medidas dirigidas a los niños y a los jóvenes, puesto que es en la edad en que se forjan los valores cuando es necesario promover unos hábitos saludables de vida, y establece asimismo ciertas medidas limitativas en orden a la protección de los jóvenes, de los grupos sociales más vulnerables y de toda la población en general para reducir la promoción, la venta y el consumo de los productos que generan dependencia a los límites que la preservación de la salud y el bienestar colectivo exigen.

Se potencia la adecuación de los recursos destinados a la atención de las personas con dependencias y se establecen las bases para la planificación, ordenación y coordinación de todos los servicios, todo ello dentro del actual sistema asistencial, Especialmente se impulsa la asistencia a nivel primario, y se fija una sistemática asistencial que enlaza ampliamente el proceso sanitario con el de servicios sociales.

La presente Ley facilita el aprovechamiento, la consolidación y la coordinación de los recursos existentes.

La presente Ley estructura también un conjunto de mecanismos que permitirán hacer frente a aquellos problemas con criterios científicos y a la vez respetuosos de las libertades personales, y tiene como grandes objetivos la preservación y mejora de la salud pública y la consecución del bienestar social.

Como principio fundamental en la lucha contra las dependencias y sus efectos, es necesario que los poderes públicos y toda la población se esfuercen y colaboren con voluntad solidaria y diligencia en la consecución de un buen clima social y de un amplio conjunto de estructuras culturales, educativas, económicas, laborales y políticas, y que reconozcan en las medidas limitativas y asistenciales unos efectos paliativos.

La presente Ley responde al mandato que el artículo 43.2 de la Constitución Española hace a los poderes públicos para que organicen y tutelen la salud pública mediante medidas preventivas y mediante las prestaciones y los servicios necesarios, y se promulga como desarrollo de las competencias que el Estatuto de Autonomía de Cataluña otorga a la Generalidad en materia de higiene, sanidad, asistencia social, régimen local, juventud, comercio interior, instituciones penitenciarias, publicidad, estadística e investigación.

TÍTULO I

Del objeto de la Ley

Artículo 1.

La presente Ley tiene por objeto establecer y regular, en el marco de las competencias que el Estatuto de Autonomía de Cataluña asigna a la Generalidad en el ámbito territorial de Cataluña, las medidas y las acciones que permitirán una actuación efectiva de las Administraciones públicas de Cataluña en el campo de la prevención y asistencia de las situaciones a que dan lugar las sustancias que pueden generar dependencia con el fin de coadyuvar al esfuerzo solidario de toda la sociedad para mejorar la atención social y sanitaria de las personas afectadas por la problemática generada por el uso o abuso de dichas sustancias.

Artículo 2.

1. El ámbito de aplicación de la presente Ley se extiende a las acciones de promoción, acceso, información, educación sanitaria, atención, asistencia, rehabilitación y reinserción en materia de sustancias que pueden generar dependencia.
2. El ejercicio de cualquiera de las acciones incluidas en el apartado 1, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, está sujeto a las prescripciones de la presente Ley.

Artículo 3.

1. Las sustancias que pueden generar dependencia contempladas en la presente Ley son las drogas no institucionalizadas, las bebidas alcohólicas, el tabaco, ciertos medicamentos y algunos productos de uso industrial o vario.
2. A los efectos de la presente Ley se entiende por:

a) Droga: Sustancia que, administrada al organismo, es capaz de originar una dependencia, provocar cambios en la conducta y producir efectos perniciosos para la salud.
b) Drogas no institucionalizadas: La heroína, la cocaína, la «cannabis» y sus derivados, el ácido lisérgico y otras drogas de uso no integrado en la estructura social.
c) Dependencia: Estado psicoorgánico que resulta de la absorción repetida de una sustancia caracterizado por el desencadenamiento en el organismo de una serie de fuerzas que impulsan al consumo continuado de dicha sustancia.
d) Desintoxicación: Proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia exógena al organismo.
e) Deshabituación: Proceso terapéutico de eliminación de una dependencia.
f) Rehabilitación: Proceso de recuperación de los aspectos de comportamiento individuales en la sociedad.
g) Reinserción: Proceso de inserción de una persona en la sociedad como ciudadano responsable y autónomo.

TÍTULO II

De las medidas preventivas generales

Artículo 4.

1. El Consejo Ejecutivo debe desarrollar programas y acciones de información y educación sanitarias de la población sobre los efectos nocivos de las sustancias que pueden generar dependencia.
2. Dichas actuaciones deben dirigirse especialmente a los niños y a los jóvenes y también a los colectivos sociales implicados.
3. El Consejo Ejecutivo impulsará la actuación de la Administración pública y apoyará las iniciativas de la sociedad en dichas materias.

Corresponderá a las Administraciones Públicas, en el marco de las competencias que les reconoce la presente Ley, la realización de las actuaciones de prevención tendentes a limitar la oferta y la promoción de sustancias que puedan generar dependencia y el desarrollo de programas de educación para la salud dirigidos a los distintos sectores de la población.

Artículo 5.

Los poderes públicos facilitarán el acceso de la población a la información sobre las drogodependencias y los recursos de intervención existentes.
En este sentido y en el marco de la planificación general sanitaria y de servicios sociales, el Consejo Ejecutivo determinará las áreas territoriales en las que deben existir los servicios informativos que faciliten asesoramiento y orientación individuales, familiares y comunitarios sobre la prevención y el tratamiento de las dependencias, sin perjuicio de las funciones de

información y asesoramiento que deban cumplir los servicios en los que sean atendidas personas afectadas por dependencias.

Artículo 6.

Los entes locales, en el ámbito de su competencia, desarrollarán acciones de información y educación sanitaria de la población en las materias reguladas por la presente Ley, cuyas secciones estarán coordinadas necesariamente con las actuaciones del Consejo Ejecutivo en este campo.

Artículo 7.

Deberá impulsarse una acción social preventiva con relación a las dependencias y deberá promoverse, prioritariamente, la cobertura de los servicios sociales de atención primaria en las zonas donde se detecte un elevado grado de incidencia y en que se dé un mayor riesgo de dependencia.

El Consejo Ejecutivo desarrollará programas de educación para la salud en los ámbitos sanitario, social, de la enseñanza y laboral.

TÍTULO III

De las medidas de prevención y asistencia de la dependencia de drogas no institucionalizadas

Artículo 8.

Las acciones que se realicen en Cataluña en el ámbito de la información y educación sanitarias, de la asistencia de las dependencias de drogas no institucionalizadas y de la rehabilitación y reinserción de las personas con dependencias, se basarán en las directrices siguientes:

a) En todas las actuaciones, especialmente en las informativas y educativas dirigidas a las familias y responsables implicados, se prestará una especial atención a aquellas situaciones en las que el joven es más vulnerable.

b) Se arbitrarán prioritariamente soluciones preventivas y asistenciales para la persona dependiente de la droga y se evitará en todo momento: que la identidad resulte afectada, un etiquetaje social, y una criminalización del sujeto. Se favorecerá asimismo la intervención de los servicios asistenciales lo más pronto posible en los casos de dependencia de drogas no institucionalizadas en jóvenes y adolescentes.

c) Toda persona afectada por la dependencia de drogas no institucionalizadas necesita asistencia y tiene el derecho a someterse al tratamiento sanitario y social más adecuado para superar su problemática y recuperar su plena autonomía.

d) Los equipos terapéuticos de desintoxicación serán básicamente de carácter médico, y los de deshabituación, rehabilitación y reinserción serán pluridisciplinarios.

e) En el tratamiento terapéutico de las personas dependientes de estas drogas, se promoverá la actuación sobre todos los posibles integrantes del medio social del afectado.

f) Se coordinarán los recursos sanitarios y de servicios sociales de toda Cataluña para dependencias de drogas y se dispondrá la creación de los centros y equipamientos que sean indispensables.

g) Para las personas que hubiesen seguido un proceso de desintoxicación y deshabituación de la droga se propugnará la adecuada rehabilitación psicosocial y su reinserción en la sociedad.

Artículo 9.

1. El Consejo Ejecutivo velará para que las personas que presenten dependencia de drogas no institucionalizadas puedan recibir la atención y la asistencia sanitaria y social.

2. A los efectos de asistencia, se considera la dependencia de drogas no institucionalizadas como una enfermedad común.

3. Las personas afectadas por la dependencia de drogas no institucionalizadas pueden recibir siempre voluntariamente la asistencia sanitaria y social, sin perjuicio de las determinaciones judiciales ni de lo establecido por las disposiciones legales que se refieren a esta materia.

Artículo 10.

1. En los centros hospitalarios de Cataluña que atienden urgencias generales se prestará atención urgente por intoxicación aguda o por manifestaciones psicoorgánicas originadas por la dependencia de drogas no institucionalizadas.

2. Los hospitales especializados y los hospitales generales que reglamentariamente se determine, del sector público o vinculados a éste mediante concierto o convenio, dispondrán de una unidad de desintoxicación, con camas para ingreso, dentro de un área reservada del hospital.

3. La desintoxicación de enfermos con dependencia de drogas no institucionalizadas también podrá efectuarse, en régimen ambulatorio, en los centros a que se refiere el apartado 2 y en aquellos que están autorizados para ello.

4. Las medidas de atención y de asistencia especificadas en el presente artículo abarcan los ámbitos de actuación funcional y territorial de cada centro y servicio.

Artículo 11.

1. El Consejo Ejecutivo promoverá el desarrollo de las acciones asistenciales para la desintoxicación y la deshabituación de las personas con dependencia de drogas no institucionalizadas en los servicios asistenciales primarios, mediante el establecimiento de programas, la adecuación de sus equipos profesionales y la habilitación de locales.

Las Instituciones públicas podrán establecer conciertos, de acuerdo con la legislación sanitaria, y establecer subvenciones para la prestación de servicios a Instituciones privadas, legalmente constituidas y debidamente registradas, siempre que cumplan los requisitos que se establezcan reglamentariamente. Asimismo, debe fomentarse la función del voluntariado social que colabore con las Administraciones públicas y las Entidades privadas, sin afán de lucro, en las tareas de prestación de servicios de prevención, asistencia y reinserción.

2. Las terapéuticas ambulatorias, las comunidades terapéuticas y demás procedimientos de desintoxicación y deshabituación prestados por instituciones públicas o privadas deberán cumplir la normativa dictada en virtud de los artículos 35, 36 y 37.

3. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social velará para que en las comunidades terapéuticas no puedan crearse situaciones de falta de asistencia médica y sicológica.

Artículo 12.

Las entidades, instituciones y personas que colaboren sin finalidad de lucro en la rehabilitación y reinserción de personas afectadas por dependencia de drogas serán especialmente consideradas y reconocidas, de acuerdo con la reglamentación que se establezca.

Artículo 13.

1. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social, junto con el de Enseñanza, adoptará medidas para sensibilizar a los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales y perfeccionar su información con relación a la problemática de la dependencia de drogas no institucionalizadas y para conseguir la mejor asistencia posible.

2. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social definirá la función de los centros sanitarios y de servicios sociales, y especialmente de los centros de atención primaria, con relación a la educación sanitaria y la orientación, atención y asistencia de las personas con dependencia de drogas y de sus familias.

Artículo 14.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social y el de Justicia implantarán programas de desintoxicación y deshabituación de los reclusos que presenten dependencia de drogas

no institucionalizadas. A tal fin, se dotará a los establecimientos penitenciarios de los medios adecuados. Corresponde al Departamento de Justicia, en el marco de la legislación penitenciaria, adoptar las medidas adecuadas para evitar que entren drogas en los establecimientos penitenciarios.

TÍTULO IV

De las medidas de control de la promoción de bebidas alcohólicas y de medidas de asistencia en la dependencia alcohólica

CAPÍTULO I

De las medidas de control

Artículo 15.

1. a) La promoción pública de bebidas alcohólicas, mediante ferias, exposiciones, muestras y actividades similares, será realizada en espacios diferenciados cuando tenga lugar dentro de otras manifestaciones públicas.

b) En estas actividades de promoción no estarán permitidos ni el ofrecimiento ni la degustación gratuitos de bebidas alcohólicas.

c) Tampoco se permitirá el acceso a menores de edad no acompañados de personas mayores de edad.

2. Se prohíbe la promoción de bebidas alcohólicas en establecimientos, locales y otros espacios autorizados para su suministro y consumo realizada mediante ofertas que se anuncian con nombres como «barra libre», «2 × 1», «3 × 1», o similares, que inciten al consumo abusivo o ilimitado.

3. Se prohíbe la publicidad de las actividades promocionales a que se refiere el apartado 2 hecha por cualquier medio.

Artículo 16.

1. No se podrá enviar ni distribuir a menores de edad prospectos, carteles, invitaciones y ninguna clase de objeto en que se mencionen bebidas alcohólicas, sus marcas o sus empresas productoras o los establecimientos en que se realice su consumo.

2. En las visitas a los Centros de producción, elaboración y distribución de bebidas alcohólicas, no podrá ofrecerse ni hacer probar los productos a los menores de edad.

Artículo 17.

1. Ni en los establecimientos de venta y consumo de bebidas alcohólicas ni en otros lugares públicos está permitido vender ni suministrar ningún tipo de bebida alcohólica a los menores de dieciocho años.

2. No está permitida la adquisición de bebidas alcohólicas por parte de mayores de edad para proporcionarlas a menores de edad o facilitarles su consumo.

3. En los establecimientos de venta y consumo de bebidas alcohólicas debe haber una señalización en un lugar perfectamente visible, de la forma que se determine por reglamento, que haga patente la prohibición de vender, suministrar o proporcionar bebidas alcohólicas a los menores de dieciocho años o facilitarles su consumo.

Artículo 18.

1. No se pueden vender ni consumir bebidas alcohólicas de más de veinte grados centesimales en:

a) Los centros, los servicios y los establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria.

b) Las universidades y otros centros de enseñanza superior.

c) Los centros deportivos dependientes de las Administraciones Públicas.

d) Las áreas de servicio y de descanso de las autopistas.

2. No se pueden vender ni consumir bebidas alcohólicas en:

a) Los centros educativos, tanto públicos como privados, no incluidos en la letra b) del apartado 1, tanto los dedicados a enseñanza reglada como los dedicados a otras enseñanzas.
b) Los locales y los centros para niños y jóvenes, incluidos los de atención social.
c) Los locales de trabajo de las empresas de transporte público.
d) Las áreas de servicio y de descanso de las autopistas y las gasolineras, de las 22 horas a las 8 horas del día siguiente.
e) Todo tipo de establecimiento, desde las 22 horas a las 8 horas del día siguiente, salvo los establecimientos en los que la venta de bebidas alcohólicas esté destinada a consumirlas en el interior del local. Queda incluida en esta prohibición la venta realizada en establecimiento comercial, por teléfono o por cualquier otro medio, seguida del reparto en el domicilio o en el lugar indicado si dicho reparto se realiza dentro de la franja horaria indicada.
f) La vía pública y el resto de lugares de concurrencia pública, cuando lo establezcan las ordenanzas municipales por razones de seguridad pública, excepto los lugares donde esté debidamente autorizado.

3. La expedición de bebidas alcohólicas mediante máquinas automáticas solamente se puede realizar en lugares cerrados. La situación de las máquinas permitirá el control de las mismas por las personas responsables del establecimiento o sus representantes, de forma que se impida el acceso a los menores de edad. En la superficie frontal de las máquinas se hará constar la prohibición de consumir bebidas alcohólicas por menores de edad.
4. No se permite el consumo de bebidas alcohólicas de las 22 horas a las 8 horas del día siguiente en los establecimientos de venta de productos de alimentación no destinados al consumo inmediato.
5. Se prohíbe la exposición de bebidas alcohólicas en las zonas exteriores de los establecimientos comerciales, así como en mostradores o ventanas visibles desde el exterior, salvo los establecimientos comerciales que tengan como negocio exclusivo la venta de bebidas alcohólicas.

Artículo 19.

1. Se prohíben todas las formas de publicidad de bebidas alcohólicas de más de 20 grados centesimales en los medios de comunicación dependientes de la Generalidad y en los dependientes de la Administración Local de Catalunya. Dicha prohibición no incluye la publicidad indirecta que pueda derivarse de programas no específicamente publicitarios, como las retransmisiones deportivas, por razón del patrocinio o de la publicidad estática, siempre y cuando no induzca directamente al consumo.
Asimismo, se prohíbe, en los susodichos términos, la publicidad de bebidas alcohólicas en publicaciones principalmente dirigidas a menores de edad.
2. No está permitida la publicidad de bebidas alcohólicas de más de 23 grados centesimales en:

a) Las playas, "campings", balnearios, centros recreativos, centros de ocio y esparcimiento para menores, las piscinas, parques acuáticos, de atracciones, temáticos y zoológicos.
b) Las calles, plazas, parques, carreteras y demás vías públicas, en vallas, plafones, señales y otros soportes de publicidad exterior, excepto las señales indicativas propias de centros de producción y venta.
c) Los cines, teatros y auditorios.
d) Los centros y estadios deportivos, excepción hecha de la publicidad estática y la del patrocinador.
e) Los medios de transporte públicos.
f) Todos los lugares donde esté prohibida su venta o su consumo.
g) Los lugares similares a los mencionados que se determinen reglamentariamente.

3. La publicidad de bebidas alcohólicas por medio de la televisión se someterá a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley del Estado 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

4. La publicidad de bebidas alcohólicas de menos de 20 grados en los medios de comunicación dependientes de la Administración de la Generalidad y de la Administración Local respetará los siguientes criterios:

a) No podrá dirigirse específicamente a los menores de edad o a las gestantes ni, en particular, presentar a menores de edad o a gestantes consumiendo dichas bebidas.
b) No debe asociarse el consumo de estas bebidas a una mejora del rendimiento físico o a la conducción de vehículos.
c) No debe sugerirse que el consumo de estas bebidas contribuye al éxito social o sexual.
d) No debe sugerirse que estas bebidas comportan propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante o constituyen un medio para la resolución de conflictos.
e) No debe estimularse el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas u ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o la sobriedad.
f) No debe subrayarse como cualidad positiva de las bebidas su contenido alcohólico.

CAPÍTULO II

De las medidas de asistencia

Artículo 20.

1. El Consejo Ejecutivo velará para que las personas con dependencia del alcohol reciban la atención y asistencia sanitaria y social debidas.
2. A efectos asistenciales, el alcoholismo está considerado como una enfermedad común.
3. Las personas con dependencia del alcohol podrán recibir voluntariamente asistencia sanitaria y social, sin perjuicio de las determinaciones judiciales ni de lo establecido por las disposiciones legislativas sobre la materia.

Artículo 21.

1. En los centros hospitalarios de Cataluña que atiendan urgencias generales se presentará una urgente atención por intoxicación aguda o por manifestaciones psicoorgánicas originadas por la dependencia alcohólica.
2. De acuerdo con lo establecido reglamentariamente, los hospitales especializados y los hospitales generales de Cataluña que se determinen, del sector público o vinculados a éste mediante concierto o convenio, dispondrán de camas o de una unidad de ingreso para la desintoxicación de enfermos alcohólicos.
3. El tratamiento de personas afectadas por alcoholismo podrá realizarse en régimen de ingreso hospitalario o con carácter ambulatorio en los centros y los servicios autorizados.
4. Las medidas de atención y asistencias especificadas en el presente artículo abarcan los ámbitos de actuación funcional y territorial de cada centro y servicio.

Artículo 22.

1. El Consejo Ejecutivo potenciará el desarrollo de las acciones asistenciales para la desintoxicación y deshabituación de las personas afectadas por alcoholismo en los servicios asistenciales primarios.
2. Se fomentarán las medidas destinadas a mejorar la identificación y el tratamiento precoz del enfermo alcohólico.
3. Los centros y servicios que realizan la desintoxicación y la deshabituación de alcohólicos deben cumplir la normativa dictada en virtud de los artículos 35, 36 y 37.

Artículo 23.

1. Se propugnará la adecuada rehabilitación psicosocial y la reinserción en la sociedad de las personas que han seguido un proceso de desintoxicación y deshabituación del alcohol. El Consejo Ejecutivo promoverá centros, talleres, equipos de servicios sociales y

programas laborales y culturales que permitan conseguir la rehabilitación y reinserción referidas.

2. Las entidades, instituciones y personas que colaboren benévolamente o sin finalidad de lucro en la rehabilitación y la reinserción de alcohólicos serán especialmente consideradas y reconocidas, de acuerdo con la reglamentación que se establezca.

3. Las asociaciones de auto-ayuda constituidas por ex alcohólicos recibirán el apoyo de la Administración pública, que facilitará el desarrollo de sus actividades.

TÍTULO V

De las medidas de control de la promoción del tabaco y demás medidas

CAPITULO I

De las medidas limitativas

Artículo 24.

1. No podrán venderse productos del tabaco en:

a) Los Centros sanitarios y sus recintos.
b) Los Centros de enseñanza de cualquier nivel.
c) Los Centros deportivos.
d) Los Centros, locales o establecimientos de atención social, los casales o los Centros infantiles y juveniles de esparcimiento.
e) Los locales o establecimientos similares a los mencionados que se determinen reglamentariamente.

2. Se prohíbe la venta a menores de edad de productos destinados a ser fumados, inhalados, chupados o masticados constituidos total o parcialmente por tabaco, ni tampoco los productos que lo imiten o que induzcan al hábito de fumar y sean nocivos para la salud. Dicha prohibición debe advertirse, en forma y lugar perfectamente visible de la forma que se determine reglamentariamente, en los establecimientos donde se expidan productos del tabaco.

3. Se prohíbe la distribución de muestras de los productos del tabaco en el territorio de Cataluña, sean o no gratuitas.

4. La expedición de tabaco o de productos del tabaco mediante máquinas automáticas de venta sólo podrá realizarse en lugares cerrados y deberá constar en la superficie frontal de la máquina que el tabaco es nocivo para la salud y que los menores de edad tienen prohibido utilizar la máquina.

5. El texto de advertencia sobre los riesgos del consumo del tabaco que debe constar en la parte exterior de los paquetes de productos del tabaco que se comercialicen en Cataluña estará redactado en catalán, en castellano o en ambos idiomas.

Artículo 25.

1. Se prohíben todas las formas de publicidad de los productos del tabaco y de los productos relacionados con su consumo en los medios de comunicación dependientes de la Generalidad y en los dependientes de la Administración Local de Cataluña. Dicha prohibición no incluye la publicidad indirecta que pueda derivarse de programas no específicamente publicitarios, como las retransmisiones deportivas, por razón del patrocinio o de la publicidad estática, siempre y cuando no induzca directamente al consumo.

Asimismo, se prohíbe, en los susodichos términos, la publicidad de productos del tabaco en publicaciones principalmente dirigidas a menores de edad, así como la participación de menores de edad en la confección de anuncios publicitarios que promuevan la venta de dichos productos.

2. No podrá realizarse publicidad de los productos del tabaco ni de los productos relacionados con su consumo en:

a) Las playas, "campings", balnearios, centros recreativos y turísticos, centros de ocio y esparcimiento, las piscinas, parques acuáticos, de atracciones, temáticos y zoológicos.
b) Las calles, plazas, parques, carreteras y demás vías públicas, en vallas, plafones, señales y otros soportes de publicidad exterior, excepto las señales indicativas propias de los centros de producción y venta.
c) Los cines, teatros y auditorios.
d) Los centros y estadios deportivos, excepto la publicidad estática y la del patrocinador.
e) Los medios de transporte públicos.
f) Todos los lugares donde esté prohibida su venta o su consumición.
g) Los lugares similares a los mencionados que se determinen reglamentariamente.

3. La publicidad del tabaco mediante la televisión se someterá a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley del Estado 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

Artículo 26.

1. Se prohíbe fumar en los medios de transporte colectivo, tanto urbano como interurbano, en los que se admitan viajeros de pie. Dicha prohibición también se aplica a funiculares, teleféricos y ascensores.
2. En los transportes colectivos interurbanos sobre los que la generalidad tiene competencia deben reservarse para los no fumadores la mitad de los asientos de los vehículos en que no se admitan viajeros de pie. En los transportes dependientes de la generalidad, dicha reserva podrá establecerse por vehículos completos.
3. Se prohíbe fumar en los vehículos de transporte escolar, en todos los vehículos destinados al transporte de menores de edad y en los vehículos destinados al transporte sanitario.
4. Las autoridades locales podrán establecer la prohibición de fumar en los vehículos autotaxi pertenecientes a su término municipal. En ausencia de una norma específica, prevalecerá el derecho del no fumador, tanto si es el conductor como si es un pasajero.

Artículo 27.

1. No se puede fumar en:

a) Los Centros sanitarios y sus recintos.
b) Los Centros, locales o establecimientos de atención social, los casales o los Centros infantiles y juveniles de esparcimiento.
c) Los recintos deportivos cerrados.
d) Los Centros de enseñanza de cualquier nivel.
e) Las salas de teatro, cines y auditorios.
f) Los estudios de radio y televisión destinados al público.
g) Las oficinas de la Administración pública destinadas a la atención directa al público.
h) Las grandes superficies comerciales.
i) Las galerías comerciales.
j) Los museos y las salas de lectura, de exposiciones y de conferencias.
k) Las áreas laborales donde trabajen mujeres embarazadas.
l) Los lugares de trabajo donde haya un riesgo para la salud del trabajador por razón de combinarse la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por un contaminante industrial.
m) Las salas de espera de uso general y público.
n) Los espacios cerrados de uso general y público de las estaciones de autocar, de metro y de ferrocarril y de los aeropuertos y puertos de interés general.
o) La zona de playa de las piscinas y de los parques acuáticos, de conformidad con la normativa vigente.
p) Los balnearios.
q) Los lugares similares a los mencionados que se determinen reglamentariamente.

2. Los Directores de los centros, de las empresas y de los locales a que se refieren las letras a, b, c, d, h, i, m, n y p del apartado 1 reservarán áreas bien delimitadas para fumadores y las señalizarán adecuadamente.

3. Tampoco está permitido fumar:

a) En los locales en los que se elaboren, se manipulen, se transformen, se preparen y se vendan alimentos.

b) A los manipuladores de alimentos, de conformidad con la legislación sobre la materia.

c) En las zonas reservadas a los no fumadores en los restaurantes y demás lugares destinados principalmente al consumo de alimentos, que estarán señalizadas adecuadamente.

4. Debe solicitarse a los Comités de seguridad e higiene en el trabajo y a los Comités de Empresa, de conformidad con las funciones que la legislación vigente les asigne, su colaboración en la vigilancia del cumplimiento de la normativa establecida en la presente Ley.

Artículo 28.

1. En atención a la promoción y la defensa de la salud individual y colectiva, el derecho a la salud de los no fumadores, en las circunstancias en que pueda verse afectada, prevalecerá sobre el derecho a consumir productos del tabaco.

2. Las prohibiciones de fumar y vender tabaco establecidos en los artículos 24, 25, 26 y 27 serán objeto de señalización adecuada en los vehículos, los centros, los locales y los establecimientos a los que son de aplicación.

3. Las zonas para fumadores de los vehículos, los Centros, los locales y los establecimientos donde deban habilitarse las mismas estarán señalizadas adecuadamente. En los rótulos señalizadores constará necesariamente la advertencia de que fumar perjudica al fumador activo y al pasivo, según el mensaje y las características que se determinen reglamentariamente.

4. Asimismo, se fijarán en estas áreas, en lugares perfectamente visibles, mensajes disuasivos para sensibilizar y concienciar a los conductores de los peligros derivados de la influencia de las bebidas alcohólicas en la conducción de vehículos de motor, cuyo contenido y características se determinarán reglamentariamente.

5. Los titulares o los Directores de los servicios, Centros, locales y establecimientos afectados por la presente Ley informarán a los usuarios de la existencia de hojas de reclamación, cuya regulación se realizará reglamentariamente.

6. Los titulares o los Directores de los medios de transporte, los locales, los establecimientos y los centros a que se refieren los artículos 16; 17; 18; 24, 1, 2, 3 y 4; 26, 1 y 2, y 31, 1, serán responsables de la observancia de lo dispuesto en los apartados 2, 3 y 4 de este artículo.

7. Los sujetos de la actividad publicitaria son responsables del incumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley, sin perjuicio de la responsabilidad de los titulares o los Directores de los medios de transporte, Centros, locales o establecimientos en que se exhiba publicidad ilícita.

8. La responsabilidad por el incumplimiento de lo establecido en el artículo 15 recaerá en el organizador o el patrocinador de la actividad en cuestión.

CAPÍTULO II

De otras medidas

Artículo 29.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social analizará periódicamente, a los efectos de la presente Ley, la cantidad de nicotina y la capacidad de formación de alquitranes que contienen y de monóxido de carbono que producen los cigarrillos de los tipos de tabaco habitualmente vendidos en Cataluña. Un informe de dicho análisis se publicará y divulgará.

Artículo 30.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social promoverá, en el marco del sistema sanitario de Cataluña, la asistencia a las personas que presenten afectación psicoorgánica por dependencia del tabaco.

TÍTULO VI

De otras dependencias

Artículo 31.

1. Se prohíbe la venta a menores de edad de colas y otras sustancias o productos industriales inhalables de venta autorizada que puedan producir efectos nocivos para la salud y creen dependencia o produzcan efectos euforizantes o depresivos.
2. El Consejo Ejecutivo determinará reglamentariamente la relación de productos a que se refiere el apartado 1.

Artículo 32.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social elaborará y facilitará a los usuarios de los servicios sanitarios y a los profesionales de la sanidad información actualizada sobre la utilización en Cataluña de fármacos psicoactivos y demás medicamentos y productos capaces de producir dependencia.

TÍTULO VII

De las medidas de ordenación y demás medidas generales

CAPÍTULO I

De la ordenación

Artículo 33.

1. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social analizará, planificará y evaluará las necesidades, demanda y recursos respecto a las materias que son objeto de la presente Ley. Este Departamento cumplirá las mencionadas funciones coordinadamente con los entes locales.
2. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social elaborará un plan de actuaciones en el que se reunirán de forma global las acciones previstas para un periodo trienal.

Artículo 34.

1. Constituirán el programa asistencial catalán para dependencias los centros y servicios de titularidad de la Generalidad o gestionados por ella, los de las entidades locales de Cataluña y los de titularidad pública o privada que tengan concierto con la Generalidad o reciban ayudas de ella, destinados a la desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción.
2. Las entidades locales colaborarán en la definición de la planificación a que se refiere el artículo 33.

Artículo 35.

1. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social registrará los centros que, dentro del ámbito territorial de la Generalidad, presten funciones de atención y asistencia para la desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción en esta materia. La inscripción y autorización previas, de acuerdo con lo establecido reglamentariamente, serán obligatorias para poder prestar estos servicios.

2. Los centros se sujetarán a las medidas de inspección, control, acreditación e información estadística y sanitaria vigentes.

Artículo 36.

1. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social establecerá un programa de registro, análisis, tipificación y evaluación de las distintas modalidades terapéuticas, de rehabilitación y de reinserción, susceptibles de aplicarse a personas con dependencia de las drogas. El previo registro de la modalidad o las modalidades a utilizar será obligatorio para los centros públicos y para los que quieran establecer un concierto o convenio o bien disfrutar de alguna subvención o ayuda pública.
2. Con fines asistenciales, el citado Departamento deberá determinar un laboratorio de referencia para la estandarización y normalización de las determinadas analíticas.

Artículo 37.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social estructurará un sistema de información y vigilancia sobre la frecuencia asistencial, morbilidad y mortalidad por dependencias, preservando el derecho al anonimato.

Artículo 38.

1. El Instituto Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, en las materias reguladas por la presente Ley, desarrollarán las competencias que les correspondan de acuerdo con la Ley 12/1983, de 14 de julio.
2. Especialmente estos Institutos realizarán la graduación, continuidad y seguimiento de la asistencia de los enfermos, dentro de los ámbitos de actuación respectivos.

CAPÍTULO II

De la coordinación

Artículo 39.

1. El Consejo Ejecutivo coordinará, planificará y ordenará las iniciativas privadas y las del sector público, en materia de prevención, atención, asistencia, rehabilitación y reinserción de las dependencias reguladas por la presente Ley.
2. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social podrá establecer convenios y conciertos con las entidades públicas, entidades benéficas privadas sin ánimo de lucro y entidades privadas que tengan por objeto la prevención y la asistencia en la materia. En el establecimiento de conciertos y convenios el Departamento cumplirá esta prelación.

Artículo 40.

Se crea una comisión de coordinación y de lucha contra las dependencias de drogas, cuya composición y funcionamiento se determinarán reglamentariamente. Será su presidente el Conseller de Sanidad y Seguridad Social y estarán representados en ella los Departamentos y órganos de la Generalidad, así como los de la Administración local, implicados en la materia.

Artículo 41.

1. En función de las áreas territoriales vigentes en sanidad y en servicios sociales, se establecerán comisiones de participación integradas por las autoridades locales del área, por representantes de los sindicatos y asociaciones patronales más representativos, por las organizaciones y las asociaciones relacionadas con la materia y por los profesionales de asistencia, comisiones que, además de cumplir funciones de análisis y seguimiento de la problemática de las dependencias de drogas dentro de su ámbito territorial, propondrán a los órganos correspondientes adoptar las medidas más adecuadas.
2. Los municipios podrán establecer comisiones locales dentro de su ámbito competencial y territorial con finalidades de estudio, orientación de las actuaciones públicas

y propuesta de acciones a los órganos correspondientes; estas comisiones actuarán en coordinación con las previstas en el apartado 1.

CAPÍTULO III

De la investigación

Artículo 42.

1. En el ámbito de la presente Ley, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social:

a) Realizará encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, económicos y sociales para conocer el prevalecimiento, implicaciones y problemática de las dependencias.
b) Establecerá un servicio de documentación sobre dependencias, abierto a todos los organismos públicos y privados dedicados al estudio y asistencia en esta área.
c) Elaborará un informe anual sobre la situación de las dependencias en Cataluña.

2. El Consejo Ejecutivo promoverá líneas de investigación, estudio y formación con relación a la problemática social, sanitaria y económica relativa a las dependencias.
3. Un comité de expertos multidisciplinario constituido por personas de reconocida experiencia en la prevención y asistencia de dependencias, asesorará al Departamento de Sanidad y Seguridad Social para que evalúe las acciones, centros, modalidades terapéuticas y programas realizados en Cataluña.

CAPÍTULO IV

De la financiación

Artículo 43.

1. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social contará con un fondo económico para la construcción, ampliación, modificación y reforma de los centros con una estructura asistencial adecuada para asistir a las personas afectadas por las dependencias.
2. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social habilitará reglamentariamente un sistema de ayudas financieras para la creación, ampliación, modificación, reforma, equipamiento y mantenimiento de centros y servicios destinados a la asistencia de personas con dependencias, a cargo de entidades e instituciones públicas o privadas sin finalidad de lucro. Solamente podrán recibir estas ayudas las instituciones que cumplan las condiciones fijadas por la presente Ley y las normas que la desarrollen.

Artículo 44.

El Presupuesto de la Generalidad debe prever anualmente las partidas presupuestarias correspondientes para realizar las actividades reguladas por la presente Ley.

CAPÍTULO V

Del régimen sancionador

Artículo 45.

1. Son infracciones leves de la presente Ley:

a) El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 26 y 27.
b) El incumplimiento de las prescripciones de la presente Ley que no comporte un perjuicio directo para la salud, y siempre que el mismo no esté tipificado en los apartados 2 y 3 de este artículo como infracción grave o muy grave.

2. Son infracciones graves de la presente Ley:

a) El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 28 y 31.1.
b) Las que sean concurrentes con infracciones sanitarias leves o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.

c) El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, si se produjera por vez primera.
d) La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades o a los agentes de las mismas.
e) La reincidencia en la comisión de infracciones leves.

3. Se tipifican como infracciones muy graves de la presente Ley:

a) El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 35 y 36.
b) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos formulados por las autoridades sanitarias.
c) Las que sean concurrentes con infracciones sanitarias graves o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.
d) La negativa absoluta a facilitar información o a prestar colaboración a los servicios de control e inspección y el falseamiento de la información suministrada.
e) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercita sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.
f) La reincidencia en la comisión de faltas graves.

Artículo 46.

1. Las infracciones de la presente Ley serán sancionadas de conformidad con la siguiente graduación:

a) Las infracciones leves, con una multa de hasta 500.000 pesetas, excepto las relativas al consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas por parte de los usuarios de centros, locales, establecimientos o servicios, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 26 y 27, que no podrán exceder de 5.000 pesetas.
b) Las infracciones graves, con una multa de 500.001 a 2.500.000 pesetas.
c) Las infracciones muy graves, con una multa de 2.500.001 a 100.000.000 de pesetas.

2. Dentro de cada tipo de infracción la multa debe ser proporcionada a la infracción cometida y la cuantía debe graduarse:

a) Según la alteración social producida por la actuación infractora y el riesgo que comporte para la salud pública.
b) Según el volumen económico, la posición en el mercado, el grado de intencionalidad y la reincidencia del infractor. Se entiende, por reincidencia la comisión de infractores tipificadas en la presente Ley en un período de tiempo inferior a los dos años, contados desde la fecha de imposición de la sanción.
3. En los casos de especial gravedad, de reiteración continuada o de trascendencia sanitaria de la infracción, el Consejo Ejecutivo podrá acordar como sanción complementaria la suspensión de la actividad de la Empresa, el servicio o el establecimiento infractores hasta un plazo máximo de cinco años, el cierre de la Empresa o la clausura del servicio o establecimiento.
4. En los casos a que se refiere el apartado 3, se acordará necesariamente la supresión, la cancelación o la suspensión, total o parcial, de todo tipo de ayuda especial de carácter financiero que la Empresa, el servicio o el establecimiento infractores hayan obtenido o solicitado de la Generalidad.

Artículo 47.

1. El control del cumplimiento de la presente Ley y la competencia para la imposición de sanciones corresponderán, de acuerdo con lo establecido reglamentariamente, a los órganos del Consejo Ejecutivo responsables de las materias afectadas y a las entidades locales, según los límites de cuantía que la legislación del régimen local autoriza.
2. El procedimiento para imponer las sanciones fijadas por la presente Ley se ajustará a lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo sobre procedimiento sancionador y revisión de actos por vía administrativa.
3. No tendrá carácter de sanción la resolución de cierre de los establecimientos o de suspensión de las actividades que no cuenten con la autorización de operatividad o que

incumplan las normas materiales fijadas por la presente Ley hasta que no se rectifiquen los defectos o se cumplan los requisitos, ni la retirada de anuncios que infrinjan la presente Ley. Simultáneamente, podrá incoarse un expediente sancionador.

4. El órgano a quien corresponda la competencia sancionadora podrá acordar como medida precautoria y, en su caso, como sanción accesoria, el decomiso de las mercancías objeto de contravención: Los gastos de transporte y de desmontaje irán a cargo del infractor.

5. Las infracciones de las medidas limitativas establecidas por la presente Ley para el personal al servicio de la Administración pública y del sector privado serán sancionadas según las normas que regulan su régimen disciplinario.

Artículo 48.

1. Las infracciones de la presente Ley prescriben al cabo de cinco años, a contar de la fecha de comisión de la infracción. El plazo de prescripción se interrumpirá en el momento en que el procedimiento se dirija contra el presunto infractor.

2. Una vez conocida por la Administración la existencia de una infracción a la presente Ley, la acción para perseguirla caduca si, habiendo transcurrido seis meses desde la conclusión de las diligencias dirigidas al esclarecimiento de los hechos, la autoridad competente no ha ordenado incoar el pertinente procedimiento.

3. Una vez transcurridos doce meses desde el acuerdo de incoación del procedimiento sancionador sin que se haya notificado la resolución, este procedimiento caduca, excepto en el caso de los procedimientos sancionadores abreviados, en que el plazo de caducidad es de seis meses.

Artículo 49.

1. Para las multas no ingresadas en período voluntario, la Administración podrá recurrir por vía de apremio.

2. La acción para exigir el pago de las multas prescribirán en los plazos fijados por el artículo 64 de la Ley General Tributaria.

Disposición adicional primera.

En el ámbito de competencias de la Generalidad, las entidades públicas de Cataluña y entidades privadas que disfruten o quieran disfrutar de cualquier ayudas financiera de la Generalidad, deberán adecuar sus acciones informativas y sanitarias sobre la dependencia de drogas no institucionalizadas al marco de referencia que definirá el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Disposición adicional segunda.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la presente Ley, el titular de un centro, local o establecimiento abierto al público puede establecer la prohibición de fumar en el mismo, de lo que informará a los usuarios mediante la adecuada señalización.

Disposición adicional tercera.

Los órganos administrativos competentes, las asociaciones de consumidores y usuarios, las personas naturales o jurídicas afectadas y, en general, las que tengan un derecho subjetivo o un interés legítimo en la misma, podrán solicitar al anunciante, así como a la autoridad judicial competente, el cese o la rectificación de la publicidad ilícita, de conformidad con lo establecido en el título IV de la Ley del Estado 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

Disposición adicional cuarta.

1. La publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco en los medios de comunicación social no contemplados en la presente Ley podrá limitarse reglamentariamente, en el ámbito de las competencias de la generalidad, en orden a la protección de la salud y la seguridad de las personas y de acuerdo con la Ley del Estado 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de la Ley del Estado 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad. El

incumplimiento de dichas medidas estará sujeto a las sanciones fijadas en el capítulo V de la presente Ley.

2. La administración promoverá la formalización de convenios de autocontrol con los anunciantes y con las agencias, empresas y medios de publicidad, con el fin de restringir, para todo lo que la presente Ley no regule, la actividad publicitaria de bebidas alcohólicas, de productos del tabaco y de los relacionados con su consumo.

Disposición final primera.

En función de lo establecido por la presente Ley y la legislación aplicable, el Consejo Ejecutivo fijará el alcance de las prestaciones y los servicios que los centros del Instituto Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales deberán ofrecer.

Disposición final segunda.

A los cuatro meses de entrada en vigor de la presente Ley el Consejo Ejecutivo aplicará las medidas limitativas y de control que en ella se establecen. Previamente reglamentará el procedimiento sancionador.

Disposición final tercera.

En el plazo de tres meses, el Consejo Ejecutivo aprobará y presentará al Parlamento el plan de actuaciones previsto por el artículo 33.2.

Disposición final cuarta.

El Consejo Ejecutivo revisará cada tres años las cuantías mínimas y máximas fijadas en el artículo 46, teniendo en cuenta los índices de precios al consumo.

Disposición final quinta.

Se autoriza al Consejo Ejecutivo para dictar las normas necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente Ley.

§ 37

Ley 1/1999, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura

Comunidad Autónoma de Extremadura
«DOE» núm. 50, de 20 de abril de 1999
«BOE» núm. 125, de 26 de mayo de 1999
Última modificación: 29 de noviembre de 2022
Referencia: BOE-A-1999-11832

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 52.1 del Estatuto de Autonomía, vengo a promulgar la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El consumo de drogas no es un fenómeno nuevo, en cuanto al hecho estricto del consumo. Estamos hablando de conductas del ser humano y que le han acompañado a lo largo de su historia y evolución.

Tampoco es nuevo el que las sociedades, sobre todo occidentales, hayan tomado conciencia de que el consumo de drogas es uno de sus principales problemas y sin sacarlas de su contexto y con la objetividad que deben marcar las propuestas y puesta en marcha de las políticas sociales, para los ciudadanos, las drogodependencias tienen la consideración de segundo o tercer problema que les afecta. Los responsables de las políticas sociales aplican importantes recursos humanos, materiales y financieros para tratar de dar solución o aminorar los daños que a los ciudadanos les produce el consumo de drogas.

Lo que sí es nuevo, dentro del complejo y cambiante fenómeno de las drogodependencias, son determinadas formas de consumo y consumos fuera del contexto donde siempre estuvieron a lo largo de la historia. Estas nuevas formas de consumo están originando más problemas que el propio daño producido por las sustancias consumidas.

Esta evolución del consumo, formas y tipos, es permanente y cambiante al mismo tiempo, de tal forma que lo actual y acertado hoy, queda obsoleto y desfasado en un espacio de tiempo bastante inferior que otros fenómenos cambiantes que afectan a políticas sociosanitarias. Pero el conocimiento de este hecho, hace que todas las planificaciones deban tener en cuenta la temporalidad de la medida adoptada y con los objetivos abiertos a la aplicación de otras medidas.

Pero este fenómeno no debe ser obstáculo para que, dentro de las competencias de la Junta de Extremadura, se adopten medidas para aminorar, atajar o eliminar situaciones que pueden abocar en una conducta drogodependiente. No es menos cierto que la Junta de Extremadura no posee todas las competencias en todos los campos que intervienen en las

drogodependencias, sobre todo en la reducción de la oferta de sustancias o drogas no institucionalizadas, pero sí en la oferta de las institucionalizadas y los problemas que originan éstas, y éstas tienen la suficiente entidad como para abordarlas de una forma global.

Estos antecedentes hacen que la presente norma deba estar tanto suficientemente adaptada a las circunstancias actuales, como que debe quedar lo suficientemente abierta como para poder adaptarse a futuras situaciones que, previsiblemente, hagan adoptar medidas diferentes. Este hecho hizo que el original Programa Extremeño de Drogodependencias se convirtiese y se adaptase hasta el actual Plan Integral sobre Drogas, sin que se produjese una ruptura entre lo anteriormente establecido y que los recursos originales se pudiesen adaptar a las actuales necesidades. Por tanto esta experiencia nos hace ver con la suficiente objetividad el actual documento.

Esta norma también pretende dar una imagen de normalidad a las actuaciones que se realizan en drogodependencias, tanto en los aspectos preventivos, incardinándolos en actuaciones más globales, como asistenciales, dándole el carácter de enfermedad común estableciendo los derechos de los que requieren una asistencia integral de su patología, y consolidando un modelo de intervención que asegure en el futuro la coordinación e integración de los recursos especializados en los sistemas públicos de asistencia sanitaria y servicios sociales.

La presente Ley que dimana de los títulos competenciales contemplados en el Estatuto de Autonomía en los artículos 7.1.20, 7.1.19, 7.1.30, 8.5, 8.11 y 9.3 se estructura en siete Títulos. El Título preliminar define el objeto de la Ley, a quién va dirigida y sobre qué ámbito pretende actuar, además de clarificar unos conceptos que no siempre son entendidos y que, al menos en el desarrollo de esta norma, cada término utilizado se corresponda con lo que se pretende aplicar.

Los Títulos I y II tratan sobre las medidas de prevención, en sus dos vertientes, reducción de la demanda (Título I) y de la oferta (Título II). Este Título se centra casi exclusivamente en el tabaco como droga institucionalizada, ya que el alcohol y su relación con los menores ya fue objeto de regulación en la Ley 4/1997. La presente norma considera que la mayoría de las normas de control de la oferta resultan de difícil cumplimiento ante la oferta publicitaria y el exceso de control podría generar estigmatización de los posibles consumidores.

Se trata, en consecuencia, de limitar la acción de la promoción de las sustancias y centrar las prohibiciones y las sanciones en los ámbitos en que pueden ser eficaces y en los sujetos que por su vulnerabilidad, caso de los menores, merecen una atención especial, tratando de limitar las posibles ofertas que se hagan sin contar o evaluar el posible daño sanitario o socio-sanitario. Así sucede con la prohibición de venta en determinados espacios o los estímulos administrativos destinados a fomentar espacios y lugares de encuentro libres de drogas. Nos corresponde poner el énfasis en las actividades educativas e insistir en la incorporación adecuada de la Educación para la Salud al sistema escolar. Además, de manera prioritaria, se encarga a los poderes públicos el desarrollo de programas y acciones destinadas a modificar las circunstancias sociales, económicas y culturales que, para determinados colectivos están asociadas a las drogodependencias.

El Título III está dedicado exclusivamente a la definición de las actuaciones que deben realizarse en las actuales situaciones de consumo de drogas. Estamos por tanto hablando de presente y de actuaciones que deben realizarse sobre aquellas personas en que las medidas preventivas no tuvieron el efecto para las que fueron diseñadas. Evidentemente se aplicarán sobre aquellas personas que quieran que se las aplique, la voluntariedad y la libertad de las personas debe estar por encima de cualquier otra situación y los límites están marcados en la Constitución Española. Pero aquellos que quieran acceder a un programa de tratamiento sabrán que cuentan con unos derechos añadidos a los que les marca la Constitución y derechos que le harán posible la realización de este programa de tratamiento independientemente de la situación socioeconómica en que se encuentren.

Trataremos de marcar los límites a la oferta asistencial. No todo sirve para poder realizar un programa de tratamiento. Los últimos años han sido de una actividad investigadora febril y algunos de los programas de tratamiento de las drogodependencias se han demostrado como no útiles y la actividad tanto pública como privada, debe garantizar los programas de

tratamiento de mínimos. Por esta razón se postula la recuperación de las instancias de intervención primaria y generales, una mayor integración entre los diferentes recursos y políticas sectoriales que inciden en el problema y una mayor implicación de las instancias locales.

Mención especial debe tener las políticas de reinserción. A ello se le dedica el Título IV que, pese a que se la define como una parte más e indivisible de un programa asistencial, no es menos cierto que existen situaciones que no necesariamente precisen de un programa de tratamiento, pero sí de una intervención pública. Se establecen las medidas básicas que regulan los programas de reinserción, ante problemáticas ya instauradas de conductas adictivas y que pretenden evitar las situaciones de marginación, como el hecho de que las políticas de reinserción deben enmarcarse en el contexto del marco comunitario, aunque la Administración establezca programas específicos para igualar situaciones ya de por sí marginadas.

El Título V muestra un hecho evidente, cual es que en el trabajo en drogodependencias no deben actuar sólo los poderes públicos, sino que en el mismo deben y quieren intervenir otras instituciones encuadradas dentro del concepto de ONG. Pero esta intervención también debe tener unos límites y estos se establecen en la complementariedad de actuaciones y no en la duplicación de esfuerzos para un único objetivo, que no es otro que la reducción de la incidencia de las drogodependencias en la comunidad.

Pero las Administraciones también deben establecer sus límites de actuación y las prioridades de ejecución de las actuaciones. En este sentido, en la presente Ley se sientan las bases de trabajo en áreas como la formación, la investigación o la prevención (Título I), al mismo tiempo que define las estructuras de coordinación de las actuaciones a realizar en el campo de las drogodependencias. Así pues, el Título V establece los criterios que deben tenerse en cuenta para que todas las actuaciones que se desarrollen en drogodependencias tengan su corresponsabilidad presupuestaria, de tal forma que estas actuaciones puedan crecer a medida que crece la propia Comunidad Autónoma, con unos mínimos garantizados.

El Título VI define el régimen de infracciones y sanciones al articulado de la presente Ley, infracciones y sanciones que deben encuadrarse dentro de las actuaciones disuasorias de las actividades mercantiles perniciosas ya que el objetivo es que no se produzcan, siendo menos costoso el evitar una situación que el compensarla.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Del objeto de la Ley.*

La presente Ley tiene por objeto regular, en el marco de las competencias que le corresponden a la Junta de Extremadura, las actuaciones e iniciativas a realizar en el campo de las drogodependencias, englobando éstas las áreas de prevención, asistencia y reinserción, así como las actuaciones tendentes a la protección de terceras personas, ajenas al consumo de drogas y que, por esta causa, pudieran verse afectados.

Artículo 2. *Del ámbito de actuación.*

Las actuaciones emanadas del articulado de la presente Ley, serán de aplicación a las diferentes actuaciones tanto individuales como colectivas, de titularidad pública como privada que, en materia de drogodependencias, se realicen dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma Extremeña.

Artículo 3. *De los sujetos protegidos.*

En la Comunidad Autónoma tendrán derecho a la prestación de servicios públicos en materia de drogodependencias todos los residentes en nuestra Comunidad Autónoma, así como los transeúntes nacionales o extranjeros de conformidad con las normas, Tratados y Convenios internacionales vigentes en esta materia.

Artículo 4. *Definiciones.*

A efectos de la presente Ley se entiende por:

1. Drogas: Cualquier sustancia, natural o artificial, que al ser introducida en un ser humano, sea capaz de producirle alteraciones en la personalidad, en el comportamiento o para la búsqueda de nuevas sensaciones y que es capaz de producir dependencia a la/s persona/as que la consumen. A efectos de esta Ley se utilizará indistintamente los términos de sustancia de abuso o tóxico, para identificar al término droga. A tal fin, tendrán consideración de droga:

a) Las bebidas alcohólicas con una graduación superior al 1 por 100 de su volumen.
b) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a fiscalización y que figuran en listas y anexos de la Convención de Ginebra de 1961, sobre estupefacientes, y del Convenio de Viena de 1971, sobre sustancias psicotrópicas, y de todas aquellas sustancias que se vayan incorporando a estas listas y que así sean suscritas por el Estado español a tal efecto.
c) Determinadas sustancias químicas volátiles –denominadas como «inhalantes»– de uso industrial o vario, que suministradas al organismo sean capaces de producir efectos perniciosos para la salud, cambios conductuales o dependencia.
d) El tabaco y sus derivados.
e) Otras sustancias cuyo uso inadecuado conlleve los efectos descritos.

2. Drogodependencia: Se entiende por drogodependencia aquella alteración del comportamiento caracterizada por el uso continuado de drogas que se distingue por una serie de trastornos fisiológicos, cognitivos y conductuales que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de las mismas, a pesar de sus consecuencias negativas en el plano físico, psicológico, familiar, social o laboral. Con frecuencia esta alteración va acompañada de la intoxicación, tolerancia y síntomas de abstinencia por la retirada de la sustancia. A efectos de la Ley se utilizará este término equiparándolo al de dependencia.
3. Drogodependiente: Como aquella persona que sufre drogodependencia.
4. Prevención: Conjunto de medidas o actuaciones, encaminadas a:

a) Reducir la demanda y consumo de todo tipo de drogas.
b) Reducir la oferta de drogas institucionalizadas o también denominadas como legales en la sociedad, con el fin de tener una menor disponibilidad de éstas, destinadas al consumo.

5. Desintoxicación: Conjunto de medidas terapéuticas encaminadas a la interrupción del consumo continuado de una sustancia de abuso.
6. Deshabituación: Proceso terapéutico encaminado a la eliminación de una conducta drogodependiente, actuando fundamentalmente sobre los factores que originaron esta drogodependencia. Lo podremos también identificar como rehabilitación.
7. Reinserción: Conjunto de actuaciones encaminadas a la recuperación de los comportamientos individuales, de tal forma que la persona deshabituada o rehabilitada pueda integrarse armónicamente en la sociedad.
A tal fin podremos utilizar los términos reinserción o incorporación social de forma indistinta.
8. No se entiende a efectos de esta Ley por consumo de drogas el uso terapéutico, adecuado y beneficioso de las sustancias prescritas con prescripción y supervisión médica.

TÍTULO I

De las medidas de prevención de las drogodependencias a partir de la reducción de la demanda

CAPÍTULO I

Medidas generales

Artículo 5. *De las obligaciones de los poderes públicos.*

Corresponde a los poderes públicos, en el marco de sus competencias, fomentar, desarrollar, promover, apoyar, coordinar, controlar y evaluar toda clase de programas y actuaciones tendentes a:

1. Reducir los niveles actuales de consumo de sustancias de abuso, a partir de la disminución de la demanda de éstas.
2. Informar, de forma real y adecuada a la población, sobre las características y consecuencia del consumo de drogas.
3. Intervenir sobre las condiciones sociales y los factores de riesgo que pueden favorecer el consumo de drogas.
4. Modificar las actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a las drogodependencias, generando una conciencia solidaria frente a este problema.
5. Educar para la salud, potenciando hábitos saludables frente a las actitudes favorecedoras del consumo de drogas.
6. Adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas, no sólo para los consumidores, sino para terceros, ajenos al consumo de estas sustancias.
7. Eliminar o, en su caso, limitar, la presencia, promoción y venta de drogas en la sociedad.
8. Incentivar el ejercicio del derecho de la participación de los jóvenes, a través de la promoción del asociacionismo juvenil, con la concepción de que los mismos son sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad para modificar su propio medio personal y social y mediante el fomento de alternativas de ocio y tiempo libre generadas por la capacidad creativa y de cooperación de la infancia y la juventud.
9. Favorecer el acceso a los recursos económicos y sociales de aquellos grupos de población que por su situación de riesgos puedan resultar especialmente afectados por la drogas.
10. Coordinar con otros organismos socioeducativos programas educativos que tengan en cuenta el déficit individual, familiar, ambiental y social que favorecen la aparición de familias desestructuradas y posibles nuevos consumidores.

Artículo 6. *De las prioridades de actuación.*

1. Los programas de prevención dirigidos a toda la Comunidad deberán ser objeto de una elaboración y desarrollo con participación activa de las organizaciones sociales y movimiento asociativo, cuyas iniciativas y actividades deberán ser favorecidas a tal efecto por las Administraciones públicas de la Comunidad Autónoma. En estos programas se dará preferencia a la utilización de los recursos normalizados. Para todo ello tendrá especial relevancia el desarrollo de la Ley 5/1987, de Servicios Sociales, pero en cualquier caso serán criterios prioritarios:

a) Los programas de prevención inespecíficos de las drogodependencias, siempre dentro del marco comunitario, deberán ser enmarcados en los programas de animación comunitaria establecidos a tal fin por los Servicios Sociales de Base de la Comunidad Autónoma.

b) Los programas de prevención específicos en materia de drogodependencias seguirán los criterios de actuación del artículo 6 apartado 2 de la presente Ley, y, en cualquier caso, se establecerá la coordinación técnica necesaria con los Servicios Sociales de Base.

2. En los programas de prevención dirigidos a grupos específicos de población, serán ámbitos prioritarios de actuación:

a) La comunidad escolar, incardinando las actuaciones en prevención de las drogodependencias, dentro del programa de actuaciones emanadas del desarrollo de la Ley de Salud Escolar de la Comunidad Autónoma de Extremadura. A tal fin, la Junta de Extremadura, en colaboración con los demás organismos competentes, impulsará la incorporación de la Educación para la Salud en el diseño curricular de los centros escolares de la Comunidad Autónoma.

b) Población juvenil, especialmente los colectivos que en su entorno puedan tener factores favorecedores que puedan incluirlo en población de riesgo.

c) La población adulta, fundamentalmente consumidores de drogas institucionalizadas en el ámbito laboral.

3. La Junta de Extremadura desarrollará acciones destinadas a intervenir sobre las condiciones y circunstancias sociales, económicas y culturales asociadas a la aparición de problemas de drogodependencias y en especial:

a) La planificación de dotaciones y equipamientos socioculturales que contemple el adecuado equilibrio e igualdad de oportunidades en el conjunto del territorio, ciudades y barriadas y la creación de espacios de convivencia y relación alternativos.

b) La puesta en marcha de planes integrales de intervención con actuaciones sectoriales coordinadas en aquellas zonas o barriadas donde los factores sociales, educativos, culturales, sanitarios y económicos sean favorecedores del consumo de drogas.

c) La intervención en coordinación con las Corporaciones locales sobre espacio urbano, velando por un desarrollo urbano equilibrado, basado en los criterios de solidaridad, igualdad y racionalidad, como factor de superación de las causas que inciden en la aparición de las drogodependencias, contribuyendo a la eliminación de la marginación y a la regeneración del tejido urbano y social.

Artículo 7. *De la formación.*

1. La Junta de Extremadura promoverá programas específicos de formación para aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias.

2. Se potenciarán programas de formación en educación para la salud, incluyendo en los temarios formativos materias específicas en drogodependencias, siendo adaptadas al carácter general de estos programas.

3. Se considerará prioritaria la inclusión de contenidos formativos en drogodependencias en los diferentes planes de formación continuada de personal de los distintos organismos e instituciones de la Comunidad Autónoma.

4. Serán colectivos prioritarios a la hora de realizar actividades de formación:

a) Profesionales de Atención Primaria y Servicios Sociales de Base.

b) Profesionales de la red de asistencia a las drogodependencias.

c) Educadores de enseñanza primaria y secundaria, bien de manera específica o entroncados dentro de los programas de educación para la salud dentro del desarrollo de la Ley de Salud Escolar.

d) Asociaciones de padres de alumnos legalmente constituidos.

e) Padres de adolescentes.

f) Asociaciones de ayuda y autoayuda, voluntariado social, asociaciones juveniles y movimiento asociativo relacionadas directa o indirectamente con las drogodependencias de nuestra Comunidad Autónoma.

g) Funcionarios de la Administración de Justicia, de la Administración penitenciaria, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como las Policías Municipales de la Comunidad Autónoma.

h) Representantes de los trabajadores y delegados de prevención.

i) Profesionales de instituciones públicas o privadas de atención a menores.

j) Profesionales de las oficinas de farmacia.

5. Estas actuaciones en formación podrán ser realizadas en colaboración con otras entidades públicas o privadas de nuestra Comunidad Autónoma.

6. Se fomentarán los estudios de posgraduados en nuestra Comunidad Autónoma y en las diferentes áreas de intervención en drogodependencias.

Artículo 8. *De la investigación.*

1. Con el objeto de aumentar en nuestra Comunidad Autónoma los conocimientos sobre el fenómeno de las drogodependencias, la Junta de Extremadura, a través de sus distintos Departamentos, promoverá la realización de estudios y la ejecución de proyectos de investigaciones en relación con este tema. Uno de los instrumentos con los que se contará serán los planes regionales de investigación y desarrollo tecnológico de Extremadura, que orientarán una de sus áreas estratégicas hacia la calidad de vida, la salud y el bienestar, fijando para estos ámbitos los correspondientes programas regionales.

2. La Junta de Extremadura realizará encuestas periódicas y estudios epidemiológicos para conocer la incidencia, prevalencia y problemática social de las drogodependencias.

3. La Junta de Extremadura establecerá un centro de documentación en drogodependencias, al servicio de la población general, profesionales así como a los organismos públicos y privados de nuestra Comunidad Autónoma.

4. El plan regional de drogodependencias incluirá una memoria anual de actividades en la Comunidad Autónoma.

5. La Junta de Extremadura evaluará los programas ejecutados desde el plan regional en las diferentes áreas de intervención.

6. La Junta de Extremadura establecerá líneas presupuestarias destinadas a la investigación, dictaminando este las líneas preferentes de investigación así como la periodicidad de estas líneas, estableciéndose como actuaciones prioritarias las que se desarrollen en el ámbito escolar, juvenil y laboral de la Comunidad Autónoma.

7. La Junta de Extremadura creará premios a la investigación en materia de drogodependencias elaborados en nuestra Comunidad Autónoma o cuyos objetivos estén en el conocimiento del fenómeno en esta Comunidad.

CAPÍTULO II

De las medidas de control de la promoción y publicidad

Artículo 9. *De las limitaciones a la publicidad en los medios de comunicación social.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 34/1988, General de Publicidad, la promoción y publicidad, tanto directa como indirecta, de tabaco y sus labores deberá respetar, en todo caso, las siguientes limitaciones:

a) Queda prohibida cualquier campaña, sea como actividad publicitaria o no publicitaria dirigida a menores de dieciocho años que induzca directa o indirectamente al consumo de tabaco.

b) En ningún caso podrán utilizarse voces o imágenes de menores de dieciocho años, para ser utilizados como soportes publicitarios.

c) En la confección de tal publicidad no podrán utilizarse argumentos dirigidos a menores de dieciocho años, ni los fundados en la eficacia social de su consumo, su carácter de reto, estimulante, sedante o placentero.

Tampoco se podrá asociar su consumo a prácticas sociales, educativas, sanitarias o deportivas ni que tengan relación con el rendimiento físico o psíquico o efectos terapéuticos del mismo. Asimismo se fomentará la imagen positiva de la abstinencia.

d) No se permitirá enviar ni distribuir prospectos, carteles, invitaciones a través de buzoneo, teléfono y en general, mediante mensajes que se envíen a domicilio u objetos de cualquier tipo en los que se nombre tabaco, marcas, empresas productoras o establecimientos en los que se realiza su consumo, sin que pueda constatarse que esta publicidad pueda ser recibida por menores de dieciocho años.

2. Los periódicos, revistas y demás publicaciones, así como cualquier medio de registro y reproducción gráfica o sonora ubicados en la Comunidad Autónoma de Extremadura, estarán sometidas a las siguientes limitaciones:

a) En las publicaciones dirigidas a menores de dieciocho años estará prohibido todo tipo de publicidad directa o indirecta de tabaco.

b) En las publicaciones generales no podrá incluirse publicidad de tabaco en las portadas, páginas centrales, páginas deportivas, páginas dedicadas a pasatiempos, información de la programación de actividades culturales, así como las dedicadas a la información de programas televisivos y radio.

3. De estas limitaciones queda excluida la publicidad indirecta de tabaco que pueda derivarse de programas no específicamente publicitarios, como las retransmisiones deportivas, por razón de patrocinio o de publicidad estática.

4. No se permitirá la emisión de publicidad de tabaco desde los centros emisores de la Comunidad Autónoma Extremeña tanto de televisión como de radio, entre las ocho y las veintidós horas, todos los días de la semana.

5. Con el fin de evitar incumplimientos involuntarios en materia de publicidad, las agencias y medios de publicidad o difusión podrán solicitar la autorización administrativa previa a la que refiere el artículo 8 de la Ley General de Publicidad.

6. La Junta de Extremadura impulsará la formalización de acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de tabaco destinados a la autoregulación de la publicidad de esta sustancia.

Artículo 10. *De la publicidad exterior.*

No se permitirá la publicidad exterior de tabaco, excepto las labores de tabaco catalogados como bajos en nicotina y alquitrán, entendiendo por tal, aquella publicidad susceptible de atraer, mediante imagen o sonido, la atención de personas que permanezcan o discurran por ámbitos de utilización general como calles, plazas, parques o espacios abiertos.

Quedan exceptuadas de esta prohibición las señales indicativas propias de los puntos de producción y venta legalmente autorizados, que estarán sometidas a las limitaciones del artículo 9.

Artículo 11. *De las prohibiciones.*

Se prohíbe la publicidad, directa o indirecta, de tabaco en los siguientes locales públicos:

1. Los centros y dependencias de la Administración autonómica.

2. En los centros oficiales y no dependientes de la Comunidad Autónoma, destinados a menores de dieciocho años.

3. Los centros sanitarios y sociales, así como sus recintos.

4. En los centros o salas de espectáculos, cuando estén dirigidos a menores de dieciocho años.

5. En los centros docentes, incluidos los destinados a enseñanzas deportivas, tales como las escuelas deportivas, convenciones deportivas o cualquier otro acto de carácter docente deportivo.

6. En los medios de transporte público, tanto en el exterior como en el interior, así como los locales o estancias destinados para la espera de estos transportes públicos.

7. Todos los lugares donde esté prohibida su venta y/o dispensación.

8. Otros centros y lugares que sean determinados reglamentariamente.

TÍTULO II

De las medidas preventivas a partir de la reducción de la oferta de sustancias de abuso

CAPÍTULO I

De las limitaciones a la venta, distribución, dispensación y consumo de tabaco y sus labores

Artículo 12. *De las limitaciones a la venta, dispensación o distribución.*

1. No se permitirá la venta, distribución o dispensación de tabaco o sus labores, ni de productos que lo imiten o pudiesen ser inductores al consumo, a menores de dieciocho años en todo el territorio de la Comunidad Autónoma Extremeña.

2. No se permitirá la venta, distribución o dispensación de tabaco o sus labores en:

a) Todos aquellos lugares destinados a un público preferentemente menor de dieciocho años.

b) En los centros y dependencias de la Comunidad Autónoma Extremeña.

c) Los centros o servicios sanitarios y socio-sanitarios o sus recintos.

d) Los centros educativos de enseñanza primaria, secundaria, así como los destinados a la enseñanza deportiva.

e) Las instalaciones deportivas, sean de uso docente o no docente.

3. En los lugares en los que hace referencia el apartado anterior queda totalmente prohibida la venta o suministro de tabaco a través de máquinas automáticas aunque cumplan los requisitos del apartado 4 del presente artículo.

4. La venta de tabaco, a través de máquinas automáticas, no estará permitida, a no ser que cumplan los siguientes requisitos:

a) Deben encontrarse en locales cerrados.

b) No se permitirá la compra o dispensación a menores de dieciocho años.

c) Deben estar a la vista de una persona encargada, de tal forma que se puedan cumplir las limitaciones a la venta de tabaco de la presente Ley.

d) En su superficie frontal y con caracteres legibles, deberá expresarse claramente la prohibición de venta y distribución a menores de dieciocho años.

5. En todos los establecimientos donde se expenda tabaco se colocarán carteles con una dimensión de 40 X 30 centímetros de superficie y en ellos se expresará el siguiente texto: «Está prohibida la venta, suministro y dispensación, gratuita o no, de tabaco a personas menores de dieciocho años».

Artículo 13. *De las limitaciones al consumo.*

1. En atención a la promoción y defensa de la salud, no se permitirá fumar, con las excepciones numeradas en el apartado 2 del presente artículo, en:

a) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

b) Lugares donde exista mayor riesgo a la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial o riesgos añadidos por concentraciones de gases u otras circunstancias.

c) Centros de atención social destinados a menores de dieciocho años.

d) Centros, servicios o establecimientos sanitarios.

e) Centros docentes.

f) Zonas de las Administraciones públicas destinadas a la atención del público.

g) Locales donde se elaboren, transformen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente a consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores de alimentos.

h) Salas de uso público general, lectura y exposición.

i) Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.

j) Salas de teatro, cinematógrafos y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.

k) Ascensores y elevadores.

2. Los responsables de los centros enumerados en los párrafos d), e), f), h) y j) podrán habilitar salas destinadas a fumadores.

En cualquier caso todos los lugares enumerados en el párrafo anterior tendrán la conveniente señalización con la prohibición expresa de no fumar o, en su caso, convenientemente señalizadas, las salas o lugares destinados a fumadores y que en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en el caso de los centros docentes, caso de ser menores de dieciocho años, y usuarios de los diferentes servicios o visitantes, en el caso de los centros sanitarios.

3. En atención a conflictos que pudiesen ocasionar la prohibición de fumar, como norma, prevalecerá el derecho de no fumar, en atención a la promoción y defensa de la salud.

CAPÍTULO II

De la prevención de otras adicciones

Artículo 14. *De las sustancias volátiles.*

1. No se permitirá la venta directa a los menores de dieciocho años de colas y sustancias químicas volátiles de uso industrial o vario, que puedan producir efectos nocivos para la salud o crear dependencia.

2. De la prohibición reflejada en el punto anterior se excluye la venta a menores de dieciocho años y mayores de dieciséis años que acrediten el uso y destino profesional de estos productos.

3. Reglamentariamente, la Junta de Extremadura establecerá listados de las sustancias a las que hace referencia el presente artículo.

Artículo 15. *De la información de psicofármacos.*

La Junta de Extremadura elaborará y facilitará información a los profesionales de la sanidad acerca del uso de fármacos psicoactivos u otros fármacos o medicamentos capaces de producir dependencia. Esta información se realizará en las memorias anuales del plan regional de drogas.

TÍTULO III

De las medidas asistenciales a personas afectadas por las drogodependencias

CAPÍTULO I

Criterios generales

Artículo 16. *De la atención a los drogodependientes.*

La atención a los drogodependientes en la Comunidad Autónoma Extremeña tendrá los siguientes criterios generales de actuación:

1. Las drogodependencias, a efectos asistenciales, tendrán la consideración de enfermedad, como alteración de la salud que es.

2. Se garantizará el tratamiento de las adicciones en el medio comunitario, integrada en el medio más próximo al hábitat del individuo y su entorno socio-familiar, cuya ordenación territorial garantice la homogeneidad de los recursos en una red única que proporcione cobertura asistencial a toda la población a la que se refiere el artículo 3 de la presente Ley. Todos los recursos públicos de asistencia e incorporación social de las personas drogodependientes estarán integradas en las redes generales asistenciales evitando así la paralización y fragmentación de la asistencia, todo ello en el marco de la Ley 5/1987, de Servicios Sociales, Plan de Salud Mental y Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.

3. El sistema sanitario público garantiza la asistencia hospitalaria, en aquellos casos en los que se precise de estos servicios, ya sea por problemas derivados por cuadros agudos provocados por el uso/abuso de drogas o por las complicaciones orgánicas que pudieran producirse a lo largo de su drogodependencia. La Junta de Extremadura impulsará la realización de conciertos para el establecimiento de unidades de desintoxicación hospitalaria para los drogodependientes que así lo precisasen.

4. Se garantizará la atención integral al drogodependiente, en igualdad de condiciones que el resto de la población no afectada por las drogodependencias.

5. La atención, tendrá la máxima coordinación entre los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad.

6. Quedará garantizada la atención a los drogodependientes, con carácter de gratuidad en cualquiera de los niveles de atención sociosanitario.

7. Los centros y servicios de atención al drogodependiente públicos o privados dispondrán de información accesible de los derechos y deberes de los drogodependientes, así como de libros de reclamaciones.

8. Los centros de atención a los drogodependientes dispondrán de locales bien identificados en su acceso exterior, así como la identificación de los profesionales que van a atender su proceso terapéutico.

9. Se favorecerá la implantación de servicios específicos de atención a trabajadores drogodependientes, con el objetivo de orientar, informar y apoyar los procesos de tratamiento así como la evitación de la exclusión laboral. Para su creación deberán tenerse en cuenta los servicios médicos de empresa, organizaciones sindicales y los recursos específicos existentes en materia de drogodependencias.

10. La oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes deberá ser accesible y diversificada incluyendo las diferentes tipologías de tratamiento existentes y de eficacia científica reconocida, incluyendo como un apartado más las diferentes líneas de intervención definidas como reducción de los riesgos y los daños, entre las cuales deben incluirse:

a) De prevención de enfermedades y de asesoramiento y apoyo psicológico dirigidos a las personas afectadas y a sus convivientes.

b) De mantenimiento, mediante la dispensación de opiáceos sustitutivos en la red asistenciales.

c) De educación sanitaria, que facilite a los afectados la adecuada utilización del material sanitario necesario para evitar la transmisión de enfermedades.

11. En el marco de la Ley 5/1987, de Servicios Sociales de Extremadura, se garantizará la cobertura de situaciones de necesidad social del drogodependiente y convivientes incluyendo, cuando las circunstancias económicas lo demanden, los gastos derivados del tratamiento tales como el desplazamiento a los servicios especializados de atención a las drogodependencias cuando no se ubiquen en la localidad de residencia del drogodependiente.

CAPÍTULO II

De los centros de atención a las drogodependencias

Artículo 17. *Definición y tipología de centros de atención a los drogodependientes.*

1. Tendrán la consideración de centros de atención a las drogodependencias aquellos centros o instalaciones, tanto públicas como privadas, que realicen actuaciones específicas sobre la condición de drogodependiente y que estas actuaciones tengan relación con el objetivo último de seguir un programa terapéutico con el objetivo de normalizar su conducta y mejorar o solucionar su relación actual o anterior con las drogas.

2. Los centros a los que hace referencia anterior podrán ser clasificados atendiendo a los programas terapéuticos ejecutados como:

a) Centros específicos ambulatorios.

b) Pisos de acogida.

c) Centros de emergencia social.

d) Comunidades terapéuticas, entendidas como centros de internamiento de drogodependientes.

e) Pisos de reinserción, entendidos como estructuras de destino de drogodependientes sin una estructura social mínima que le permita su incorporación social sin el apoyo de estas estructuras de reinserción. Podrán ser como continuidad de otros programas en régimen de internamiento o en régimen ambulatorio.

f) Centros de reinserción laboral, entendidos como aquellos centros donde se realicen actuaciones únicas y específicas sobre drogodependientes y que tengan como fin último la adquisición de los conocimientos y habilidades suficientes para posibilitar su incorporación laboral.

g) Otros centros o servicios que pudieran definirse atendiendo a las permanentes circunstancias cambiantes del fenómeno de las drogodependencias y que sean definidos reglamentariamente.

Artículo 18. *De los requisitos mínimos de los centros de atención a las drogodependencias.*

1. Los centros de atención a las drogodependencias ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma deberán contar:

a) Libro de registro debidamente diligenciado por la Consejería de Bienestar Social. El libro de registro será válido tanto en soporte informático como en papel.

b) Con personal técnico cualificado responsable de las actividades a realizar sobre los drogodependientes y que será definido reglamentariamente atendiendo al tipo de centro de que se trate pero que en todo caso deberá garantizar la atención en las áreas de intervención establecidas en el programa terapéutico presentado, definidos los profesionales por las siguientes áreas de intervención:

i) Área sanitaria.
ii) Área psicológica.
iii) Área social.
iv) Área laboral.

c) Programa terapéutico a realizar con los drogodependientes, con los siguientes criterios básicos:

i) Cumplimiento de los derechos de los drogodependientes contemplados en el ordenamiento jurídico, con especial referencia a los referidos en la presente Ley.
ii) Fases y temporalización del programa terapéutico.
iii) Reglamento de régimen interno del centro.
iv) Causas de alta del programa.

d) Libro de reclamaciones a disposición de los drogodependientes y familiares del mismo.

e) Caso de apertura, traslado o cierre, memoria justificativa del hecho.

f) Caso de centros de carácter privado, además de lo estipulado en la presente Ley, régimen de precios de los diferentes servicios prestados en el centro.

2. Los requisitos mínimos a los que hace referencia el presente artículo serán de aplicación a cada una de las tipologías definidas en el artículo anterior.

Artículo 19. *De las autorizaciones de los centros o servicios de atención a las drogodependencias.*

1. Los centros o servicios de atención a las drogodependencias ubicados en nuestra Comunidad Autónoma quedarán sujetos a la autorización administrativa previa que, para su construcción, ampliación, reforma, modificación, supresión o funcionamiento, determinará la Junta de Extremadura reglamentariamente.

2. Además de la autorización administrativa previa, la Junta de Extremadura establecerá reglamentariamente las normas que deberán cumplir para poder ser homologados y concertados por la propia Administración.

3. Los centros de carácter privado estarán sujetos a lo estipulado en el articulado de esta Ley a excepción de lo referido en el artículo 20, punto 1.

CAPÍTULO III

De los derechos de las personas drogodependientes en relación con la asistencia

Artículo 20. *De los derechos de los drogodependientes sometidos a tratamiento.*

Las personas drogodependientes, a lo largo de todo su proceso terapéutico, además de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico del Estado y de la Comunidad Autónoma Extremeña, en el marco de esta Ley, tendrán especial relevancia los siguientes derechos:

1. A la gratuidad de la asistencia, dentro del sistema sociosanitario de la Red Asistencial de la Junta de Extremadura.
2. A la confidencialidad de toda la información relativa a su proceso de drogodependencia.
3. A la información sobre los servicios y recursos a los que se puede acceder y los requisitos y exigencias que plantea su tratamiento.
4. A la libre elección entre las diferentes ofertas terapéuticas reconocidas.
5. A una oferta terapéutica completa, así como a su asistencia por equipos multidisciplinares de atención a las drogodependencias.
6. A la voluntariedad para iniciar y cesar un proceso terapéutico iniciado con el fin de abandonar su drogodependencia, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.
7. A la presentación, verbal o por escrito, de un programa terapéutico individualizado, una vez evaluado su proceso por el equipo terapéutico.
8. A la acreditación por escrito de su drogodependencia, así como del proceso y evolución que ha seguido en el centro de atención.
9. A la firma de un contrato terapéutico que garantice:

a) La atención expuesta verbalmente o por escrito.
b) El compromiso del usuario a seguir las indicaciones emanadas del equipo terapéutico.
c) La participación activa de la familia o responsables del paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico.

CAPÍTULO IV

De la asistencia a los drogodependientes por los servicios de atención en la Comunidad Autónoma Extremeña

Artículo 21. *De los principios inspiradores.*

La atención a los drogodependientes en nuestra Comunidad Autónoma se regirá en los principios inspiradores de la Ley General de Sanidad y en el desarrollo legislativo de Atención Primaria, Plan de Salud de la Junta de Extremadura y Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

Artículo 22. *De los niveles de intervención.*

La atención a las drogodependencias estará conformada por tres niveles de atención:

1. Primer nivel, formado por:

a) Equipos de atención primaria y sanitarios locales.
b) Servicios Sociales de Base.
c) Asociaciones de apoyo o ayuda a los drogodependientes.
d) Programas municipales de drogodependencias.
e) Los Comités y Delegados de Prevención.

2. Segundo nivel, formado por:

a) Los centros y servicios específicos de atención a las drogodependencias, ya sean de ámbito público o privado, legalmente constituidos en nuestra Comunidad Autónoma.
b) Centros de salud mental.

c) Hospitales generales.
d) Recursos de rehabilitación de régimen intermedio, tales como pisos de acogida, pisos de apoyo a los programas de desintoxicación o talleres ocupacionales terapéuticos.

3. Tercer nivel, formado por:

a) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
b) Comunidades terapéuticas públicas o privadas, legalmente constituidas en nuestra Comunidad Autónoma.
c) Talleres de reinserción laboral.

Artículo 23. *De las funciones por niveles.*

La Junta de Extremadura establecerá reglamentariamente las funciones específicas de estos tres niveles de atención, si ello fuera necesario, dentro de su ámbito competencial.

CAPÍTULO V

Ámbito judicial y penitenciario

Artículo 24. *De los criterios de actuación en el ámbito judicial y penitenciario.*

La Junta de Extremadura fomentará, junto con el estamento judicial y penitenciario, los criterios de actuación con estas instituciones, en aras de la consecución los siguientes objetivos:

1. Facilitar la atención al detenido desde las estructuras de la red de atención a las drogodependencias.
2. Favorecer la asistencia al penado en el medio penitenciario con el fin de que éste realice un proceso de tratamiento en el medio en que se encuentra y facilitar así su futura integración social.
3. Impulsar desde la Junta de Extremadura el cumplimiento de penas en régimen alternativo al medio penitenciario. En este sentido se regularán las condiciones precisas para que este apartado se cumpla de la forma más eficaz posible.
4. Propugnar la realización de programas de educación para la salud, encaminados fundamentalmente a la reducción de riesgos y daños y mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente.
En este mismo sentido se incorporarán programas dirigidos a aquellos reclusos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), destinados fundamentalmente a la evitación de la transmisión de este proceso.
5. Mantener canales de información permanentes con la población penitenciaria, para de esta forma favorecer el acceso del interno, una vez haya cumplido su pena de privación de libertad, a los recursos asistenciales normalizados en el medio comunitario.
6. Establecer programas de colaboración para atender de forma eficaz los problemas de naturaleza jurídico-penales de la población drogodependiente. Este apartado incluirá la función de asesoramiento a las diferentes instituciones u organizaciones implicadas en el campo de las drogodependencias.

CAPÍTULO VI

Ámbito laboral

Artículo 25. *De los criterios de actuación en el ámbito laboral.*

En el ámbito laboral, la Junta de Extremadura establecerá los criterios de actuación, encaminados a que las drogodependencias sean abordadas desde este medio de forma coordinada con el Plan Integral sobre Drogas de nuestra Comunidad Autónoma. En este sentido, serán criterios prioritarios:

1. Crear el clima favorecedor para que las drogodependencias, tal y como están definidas en la presente Ley, o las patologías derivadas del consumo de drogas, no sean un instrumento de discriminación en el medio laboral.
2. Desarrollar programas preventivos, para disminuir el consumo de drogas, tanto de las institucionalizadas como las no institucionalizadas.
3. Establecer programas de formación continuada, en colaboración con las organizaciones empresariales, sindicales y servicios médicos de empresas.
4. Favorecer el diagnóstico precoz de las drogodependencias a través de los servicios sanitarios normalizados de las empresas.
5. Facilitar, desde el medio laboral, el acceso de los drogodependientes a los servicios especializados en atención a las drogodependencias.
6. Utilizar su propio medio laboral, como mecanismo útil de deshabituación al consumo de drogas.
7. La Junta de Extremadura impulsará los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales encaminadas a la reserva del puesto de trabajo, mientras persista el proceso de tratamiento voluntario del mismo.

En este sentido se establecerán los criterios a cumplir por parte de la persona afectada, para el cumplimiento de este apartado.

TÍTULO IV

De las medidas de reinserción del drogodependiente

CAPÍTULO I

Criterios generales de actuación

Artículo 26. *De los criterios generales.*

Las medidas de reinserción de los drogodependientes en nuestra Comunidad Autónoma tendrán los siguientes criterios de actuación:

1. Se considera la reinserción como una parte más e indivisible y sin solución de continuidad del proceso terapéutico seguido por el drogodependiente.
2. Será considerada como el objetivo máximo de intervención en el proceso terapéutico.
3. Se potenciará la reinserción desde el medio comunitario propio del drogodependiente, utilizando para ello los recursos y servicios normalizados de la comunidad.
4. Se garantizará el acceso de los drogodependientes, en igualdad de condiciones que el resto de la comunidad, a programas de reinserción o resocialización establecidos a tal fin en su ámbito de convivencia.
5. La Junta de Extremadura, a través de sus órganos competentes, podrá establecer programas de reinserción individualizados en aquellos casos en los que no pudiese ser efectiva a través de los recursos normalizados de la comunidad.

Así mismo, la Consejería de Bienestar Social participará e impulsará el desarrollo de programas de reinserción a través de los programas municipales de drogodependencias, organizaciones no gubernamentales y Servicios Sociales de Base.

CAPÍTULO II

De las medidas de reinserción a través de los diferentes niveles de intervención en las drogodependencias

Artículo 27. *De las medidas de reinserción.*

Corresponde al plan regional de drogodependencias ser el nexo de unión de las diferentes iniciativas a realizar en el área de reinserción de los drogodependientes sometidos a un proceso terapéutico.

Artículo 28. *Del primer nivel.*

Corresponde al primer nivel, la puesta en marcha de programas de reinserción comunitarios, atendiendo a los siguientes criterios:

1. Tendrán un carácter general y no segregante.
2. Deberán contar con los recursos y servicios existentes en la comunidad de carácter normalizado.
3. Se fomentará la participación activa de toda la comunidad en la puesta en marcha de estos programas de intervención.
4. A los agentes sociales del nivel primario de atención a las drogodependencias, les corresponde el planteamiento de alternativas al proceso de reinserción y resocialización de la comunidad, planteando opciones de carácter formativo y cultural frente a los criterios de intervención puramente paliativos y parciales de integración.
5. El nivel primario deberá coordinarse con el resto de niveles de intervención para así conseguir la reinserción del drogodependiente en el medio socio-familiar.

Artículo 29. *Del segundo nivel.*

Corresponde al segundo nivel de atención a las drogodependencias, las funciones de seguimiento terapéutico, analíticas de substancias de abuso, asesoramiento, apoyo técnico y coordinación con el nivel primario de atención.

Artículo 30. *De los centros específicos.*

Desde los centros específicos del nivel secundario:

1. Se propugnará la creación de programas de reinserción individualizados, siempre en el marco de intervención terapéutica sobre el drogodependiente en tratamiento.
2. Establecerá los criterios terapéuticos necesarios para que un drogodependiente pueda acceder al nivel terciario, así como al acceso a los programas de reinserción individualizados.

Artículo 31. *Del tercer nivel.*

La Junta de Extremadura fomentará la creación de estructuras de reinserción en el nivel terciario de intervención en drogodependencias, con los siguientes criterios de actuación:

1. La reinserción laboral será su objetivo prioritario.
2. Estará en coordinación con los niveles primario y secundario para la consecución de la reinserción social plena del drogodependiente.
3. Serán estructuras dependientes de los centros específicos del nivel secundario.

TÍTULO V

De la organización y financiación

CAPÍTULO I

De la organización y competencias administrativas

Artículo 32. *De la Junta de Extremadura.*

Corresponde a la Junta de Extremadura:

1. La planificación y superior coordinación de todas aquellas actuaciones que pudieran desarrollarse en el campo de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma.
2. La aprobación del plan regional sobre drogodependencias a propuesta de la Consejería de Bienestar Social.
3. El establecimiento de las prioridades de intervención en materia de drogodependencias, con la periodicidad que éste estime.

4. Los requisitos de los centros, servicios o establecimientos de tratamiento de las drogodependencias.

Artículo 33. *De la Consejería de Bienestar Social.*

1. Le corresponde la ejecución de todas aquellas medidas emanantes del Ejecutivo Extremeño y propuestas del Consejo Regional sobre las drogodependencias en materia de drogodependencias.
2. Creará o, en su caso, propondrá las estructuras administrativas necesarias para la ejecución del plan regional sobre drogas, dentro de su ámbito competencial.
3. Representará al ejecutivo extremeño en aquellas intervenciones que en materia de drogodependencias se produzcan en las instituciones del Estado Español o en los Gobiernos Autonómicos.
4. La inspección, homologación y acreditación de los centros a los que hace referencia el capítulo II del Título III de la presente Ley en la Comunidad Autónoma Extremeña.
5. El establecimiento de conciertos con centros de titularidad privada radicados en la Comunidad Autónoma.
6. La formulación del anteproyecto presupuestario para el plan regional de drogodependencias.
7. La elaboración y propuesta para aprobación por Consejo de Gobierno del plan regional sobre drogas, configurándose el mismo como el instrumento para la planificación y ordenación de recursos, objetivos y actuaciones en materia de Drogodependencias que se desarrollen en la Comunidad Autónoma, siendo objeto de informe previo por parte de la Comisión Regional sobre Drogas y la Comisión de Política Social de la Asamblea de Extremadura, atendiendo a lo establecido en el artículo 143 del Reglamento de la Asamblea de Extremadura.

Artículo 34. *De la Secretaría Técnica de Adicciones.*

1. Es el órgano de asesoramiento, gestión, planificación y coordinación de todas aquellas actuaciones que en materia de adicciones se produzcan en la Comunidad Autónoma.
2. El rango de esta Secretaría Técnica, así como su nombramiento, será designado por la Junta de Extremadura a propuesta de la Consejería con competencias en materia de adicciones.
3. Estará configurada como una unidad administrativa y contará con un equipo de gestión y planificación en las siguientes áreas de intervención: Prevención, asistencia y reinserción.

Artículo 35. *De las Corporaciones locales.*

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento jurídico vigente le atribuye y en el marco de las mismas, corresponde a las Corporaciones locales de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en su ámbito territorial:

a) El otorgamiento de licencias de apertura a los establecimientos donde se vendan, dispensen o distribuyan bebidas alcohólicas, con los criterios establecidos en base a la disposición adicional segunda de la presente Ley.
b) Adoptar las medidas cautelares dirigidas a asegurar el cumplimiento de lo establecido en esta Ley.
c) La creación de estructuras de coordinación local que fomenten el desarrollo de actividades de prevención en el ámbito municipal.
d) La participación en actividades, en cualquiera de las áreas de intervención, junto con otras entidades de ámbito local o autonómico.

2. Caso de municipios con un número mayor de 10.000 habitantes, además de lo establecido en el punto anterior, tendrán las competencias de aprobar, ejecutar y evaluar los planes o programas municipales de intervención en drogodependencias, de conformidad con los criterios establecidos en el plan regional elaborado por la Administración autonómica, a través de las estructuras de coordinación local, teniendo especial relevancia los Servicios Sociales de Base del Municipio.

Artículo 36. *Del Consejo Regional sobre las Drogodependencias.*

1. Se crea el Consejo Regional sobre Drogodependencias, configurándose como un órgano consultivo y de participación social en materia de drogodependencias, incorporándose al mismo representantes de todas aquellas instituciones públicas o privadas que tengan relación con las mismas. La composición, que se desarrollará reglamentariamente, deberá garantizar que la representación de las Administraciones públicas no sea superior al 40 por 100 del total del Consejo.

2. La Junta de Extremadura regulará su composición y funcionamiento de este órgano consultivo en el que, al menos, le serán de aplicación las siguientes funciones:

a) Conocer con carácter previo a su aprobación el plan regional sobre drogas así como la dotación presupuestaria anual para la aplicación de las prioridades marcadas por el Consejo de Gobierno.

b) Informar las normas de desarrollo de la presente Ley.

c) Conocer la concesión de ayudas económicas destinadas a las organizaciones no gubernamentales y entidades locales.

d) Cualesquiera otras que, en el marco de sus competencias, se le atribuyan reglamentariamente.

Artículo 37. *De las instituciones públicas y privadas.*

1. Las instituciones públicas y privadas fomentarán la participación del voluntariado en materia de drogodependencias en nuestra Comunidad Autónoma.

2. Se considerará preferente la actuación del voluntariado en lo que se circunscribe a la concienciación social, la prevención en el ámbito comunitario y el apoyo a la reinserción.

3. Su régimen de funcionamiento, participación y coordinación con el plan regional sobre drogas podrá ser regulado reglamentariamente.

CAPÍTULO II

De la financiación

Artículo 38. *De la financiación.*

La Junta de Extremadura, a través de los presupuestos de la Consejería de Bienestar Social, podrá subvencionar la puesta en marcha de planes o programas municipales de intervención en drogodependencias, así como para la puesta en marcha y/o mantenimiento de programas de intervención en drogodependencias por las organizaciones no gubernamentales (ONG) de la Comunidad Autónoma, atendiendo a los siguientes criterios:

1. Que los objetivos de éstos estén enmarcados en los objetivos del plan regional.

2. Que éstos no signifiquen una duplicidad de recursos en la Comunidad Autónoma.

3. Sometimiento de los programas y del destino de las subvenciones a los órganos de control e inspección de la Administración.

4. Garantía de democracia interna en la composición y funcionamiento de la Institución y sus órganos de gobierno.

5. Que el Pleno Municipal apruebe estos programas.

6. Que en los presupuestos de los municipios figuren aplicaciones presupuestarias destinadas a estos programas.

Artículo 39. *De las subvenciones.*

1. Las instituciones públicas y privadas podrán concurrir a subvenciones de la Junta de Extremadura, en base a programas a desarrollar en materia de drogodependencias, siendo concedidas atendiendo a los objetivos planteados y que éstos estén entroncados en los del plan regional de drogodependencias.

2. Los Ayuntamientos a los que se alude en el artículo 35.2 y que deseen recibir financiación de la Junta de Extremadura para el desarrollo de las actuaciones que prevé esta Ley, vendrán obligados a disponer de un plan municipal sobre drogodependencias, en los términos en los que se refiere el mencionado artículo.

3. Igualmente podrán celebrarse convenios y conciertos para la puesta en marcha y/o mantenimiento de programas de intervención en drogodependencias con medios ajenos a la red asistencial pública, siempre y cuando se trate de entidades y organizaciones sin ánimo de lucro, cumpliendo la normativa vigente y los objetivos del plan regional sobre drogas.

TÍTULO VI

Del régimen de infracciones y sanciones

Artículo 40. *Del régimen sancionador.*

1. Constituyen infracciones administrativas a esta Ley las acciones y omisiones que se tipifican en los artículos siguientes.
2. Las sanciones impuestas por las infracciones administrativas tipificadas en esta Ley, requerirán la previa instrucción del oportuno expediente, que se ajustará al procedimiento establecido en el Decreto 9/1994, o bien en el Real Decreto 1398/1993, dependiendo del órgano competente, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 48, 49 y 50 de esta Ley.
3. Serán sujetos responsables de la infracción las personas físicas o jurídicas que incurran en las acciones u omisiones tipificadas en esta Ley. De las infracciones cometidas por los empleados o dependientes de personas físicas o jurídicas, con ocasión del ejercicio de sus funciones, responderán solidariamente tanto el infractor como los propietarios del establecimiento. De las infracciones previstas en esta Ley en materia de publicidad serán responsables solidarios el anunciante, el empresario creador de la publicidad y el empresario difusor de la publicidad.

Artículo 41. *De la prescripción de las infracciones y sanciones.*

Las infracciones y sanciones a las que se refiere la presente Ley prescribirán:

a) Al año las faltas leves.
b) A los dos años las faltas graves.
c) A los tres años las faltas muy graves.
d) Asimismo, será causa de prescripción de las infracciones el hecho de que caduque el procedimiento sancionador, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto 9/1994 y el artículo 6 del Real Decreto 1398/1993.

Artículo 42. *De las infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves:

1. Incumplir lo establecido en los artículos 9.1.a), 9.2.a), 9.4, 10, 11, 12.4, 18.1.c).i).
2. La reincidencia o reiteración de infracciones graves.

Existe reincidencia cuando haya sido sancionado por la comisión de dos o más infracciones graves en los tres últimos años.

Artículo 43. *De las infracciones graves.*

Son infracciones graves:

1. Incumplir lo establecido en los artículos 9.1.b), 9.1.c), 9.1.d), 9.2.b), 12.1, 12.2, 12.3, 13, 14, 18.1.b), 18.1.c).iii), 18.1.d), así como lo establecido en la disposición adicional cuarta de la presente Ley.
2. Negar la información o proporcionar datos falsos o fraudulentos, así como obstruir la acción de los servicios de inspección.
3. La reincidencia o reiteración en faltas leves.

Existe reincidencia cuando haya sido sancionado por la comisión de dos o más infracciones leves en los dos últimos años.

Artículo 44. *De las infracciones leves.*

Son infracciones leves:

1. Incumplir lo establecido en los artículos 12.5, 18.1.a), 18.1.c).ii), 18.1.c).iv) y 18.1.f).
2. La negligencia en el almacenamiento, colocación o custodia del tabaco en locales comerciales o de otro tipo que posibiliten el consumo o acceso a dichos productos a menores de dieciocho años.
3. Cualquier otra infracción a las prohibiciones y obligaciones establecidas en esta Ley siempre que no merezcan la calificación de grave o muy grave.

Artículo 45. *De la cuantía de las sanciones.*

Las infracciones de la presente Ley se sancionarán con multas cuya cuantía se regirá de acuerdo con la siguiente graduación:

1. Por infracciones leves:

a) Grado mínimo: De 10.000 hasta 100.000 pesetas.
b) Grado medio: De 100.001 hasta 300.000 pesetas.
c) Grado máximo: De 300.001 hasta 500.000 pesetas.

2. Por infracciones graves:

a) Grado mínimo: De 500.001 hasta 1.000.000 de pesetas.
b) Grado medio: De 1.000.001 hasta 1.750.000 pesetas.
c) Grado máximo: De 1.750.001 hasta 2.500.000 pesetas.

3. Por infracciones muy graves:

a) Grado mínimo: De 2.500.001 hasta 5.000.000 de pesetas.
b) Grado medio: De 5.000.0001 hasta 7.500.000 pesetas.
c) Grado máximo: De 7.500.001 hasta 10.000.000 de pesetas.

4. Además, en los supuestos de infracciones por faltas muy graves, el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura podrá acordar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años.
5. Para la graduación de la sanción, además de los criterios establecidos en el artículo 131.3 de la Ley 30/1992, habrán de tenerse en consideración:

a) La edad de los afectados.
b) El número de personas afectadas.
c) El volumen de negocio y los beneficios obtenidos.
d) El grado de difusión de la publicidad.

Artículo 46. *De la interrupción del procedimiento sancionador.*

Si en la incoación de un procedimiento sancionador se apreciasen hechos que pudiesen ser constitutivos de delito o falta, el órgano que estuviese conociendo el caso lo pondrá en conocimiento del órgano judicial competente o del Ministerio Fiscal, y se abstendrá de seguir el procedimiento mientras no se dicte sentencia firme o resolución que ponga fin al proceso o diligencias. Si no hubiese estimado la existencia de delito o falta, se continuará el expediente sancionador tomando como base, en su caso, los hechos que los órganos judiciales hayan considerado como probados.

Artículo 47. *De las medidas preventivas en el procedimiento sancionador.*

1. Una vez iniciado un procedimiento sancionador, el órgano competente para resolverlo podrá adoptar las medidas preventivas que estime necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pueda adoptarse y, en todo caso, para asegurar el cumplimiento de la legalidad, sin que las mismas pudieran causar perjuicios de difícil o imposible reparación a los interesados o que impliquen violación de derechos amparados por las leyes.
2. Podrán adoptarse las siguientes medidas provisionales:

a) Suspensión de la actividad.

b) Exigencia de fianza o caución.
c) Cierre temporal del local o instalación.
d) Incautación de los objetos o la mercancía directamente relacionados con los hechos que den lugar al procedimiento.

3. Previamente al acuerdo que establezca las medidas provisionales, se dará audiencia al interesado para que en el plazo máximo de diez días alegue lo que estime procedente.

Artículo 48. *De las competencias de los Ayuntamientos en relación con los contenidos de la presente Ley.*

Es competencia de los Ayuntamientos:

a) La incoación y tramitación de procedimientos sancionadores respecto a las infracciones establecidas en la presente Ley, de conformidad con la potestad sancionadora que le atribuye el artículo 4.1.f), de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.
b) Imponer las sanciones correspondientes a las infracciones referidas en la letra anterior, salvo en lo establecido en los artículos 49 y 50 de la presente Ley.
c) Dar cuenta a la Junta de Extremadura de los procedimientos sancionadores iniciados a efectos de evitar la duplicidad de procedimientos.
d) Dar traslado a la Junta de Extremadura de las denuncias recibidas cuando carezcan, conforme a esta Ley, de competencia para sancionar los hechos.
e) La vigilancia y control de los locales donde se venda tabaco, de los lugares donde se halle prohibida o limitada su venta por las disposiciones de esta Ley y de los lugares donde la publicidad está prohibida.
f) Adoptar todas las medidas dirigidas a asegurar la ejecución de las disposiciones de esta Ley.

Artículo 49. *De las competencias de la Consejería de Bienestar Social.*

Es competencia de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura:

La incoación, tramitación de los expedientes sancionadores, así como la imposición de sanciones de las infracciones significadas en esta Ley, cuando las actividades o hechos que constituyen las infracciones excedan del ámbito territorial de municipio y cuando, denunciado un hecho y previo requerimiento al Ayuntamiento que resulte competente, éste no incoe el oportuno expediente sancionador en el plazo de diez días a partir del requerimiento, salvo que en dicho plazo pueda operar la prescripción.

Artículo 50. *De las competencias del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.*

Es competencia del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura acordar la sanción de cierre temporal de establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, en los supuestos de infracciones muy graves y a propuesta del órgano competente que haya incoado y tramitado el expediente.

Disposición adicional primera.

El importe de la sanciones impuestas por las infracciones de las disposiciones de la presente Ley, deberá ser destinado por la Administración competente en cada caso, a la realización de programas de intervención en drogodependencias, entendiéndose éstas como actuaciones encaminadas a la reducción de la demanda de sustancias de abuso, así como a la asistencia y reinserción de las drogodependencias.

Disposición adicional segunda.

Con el fin de limitar el suministro de bebidas alcohólicas, las entidades locales podrán establecer los oportunos criterios sobre densidad máxima de locales, distancia mínima entre ellos y características que deberán reunir los establecimientos destinados a la venta, dispensación y distribución de bebidas alcohólicas.

Disposición adicional tercera.

(Derogada).

Disposición adicional cuarta.

Establecimientos tales como las grandes superficies, supermercados, hipermercados o mercados abiertos, cerrados, estables o temporales, mantendrán áreas perfectamente delimitadas y/o con acceso controlado donde se vendan o dispensen bebidas alcohólicas.

Disposición adicional quinta.

La cuantía de las sanciones establecidas en la presente Ley podrá ser actualizada periódicamente por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura a propuesta del Consejero de Bienestar Social.

Disposición adicional sexta.

El juego patológico, como trastorno adictivo institucionalizado de naturaleza no tóxica, merecerá especial interés por parte de las Administraciones públicas, en especial, de las Administraciones educativas, Sanitarias y sociales, fomentándose la información a todos los colectivos sociales sobre la potencialidad adictiva de los juegos de azar. En este sentido y en el plazo de 12 meses desde la aprobación de esta Ley, se aprobará un plan de actuación para hacer frente a los problemas relacionados con las ludopatías.

Disposición transitoria primera.

Las prohibiciones de publicidad sólo se aplicarán a los seis meses de la entrada en vigor de esta Ley, no afectando lo dispuesto en el Título I sino a la publicidad contratada con posterioridad a la vigencia de esta Ley.

Disposición transitoria segunda.

En el caso de los carteles a los que hace referencia el artículo 4 de la Ley 4/1997, de 10 de abril, y lo referido en el artículo 13.5 de la presente Ley, en los locales donde se expendan bebidas alcohólicas y tabaco podrán sustituirse por un cartel, con las mismas dimensiones, con el siguiente texto: «Está prohibida la venta, suministro y dispensación, gratuita o no, de todo tipo de bebidas alcohólicas y tabaco a personas menores de dieciocho años».

Disposición transitoria tercera.

Los establecimientos a los que hace referencia la disposición adicional cuarta de la presente Ley dispondrán de un plazo máximo de doce meses para realizar los cambios necesarios para el cumplimiento de la misma.

Disposición final primera.

Se faculta al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura para que dicte las disposiciones necesarias para la ejecución y desarrollo de lo dispuesto en esta Ley.

Disposición final segunda.

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango, que se opongan a lo dispuesto en esta Ley.

Disposición final tercera.

Esta Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Diario Oficial de Extremadura».

§ 38

Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia, sobre drogas

Comunidad Autónoma de Galicia
«DOG» núm. 100, de 22 de mayo de 1996
«BOE» núm. 153, de 25 de junio de 1996
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-1996-14650

El consumo de drogas, aunque ha acompañado a la humanidad desde sus orígenes, en sus actuales características forma parte del contexto social contemporáneo. El desarrollo científico-técnico motivó tanto la posibilidad de consumir una mayor variedad de drogas –inicialmente de origen natural y en la actualidad con progresiva tendencia hacia las de origen sintético– como la de utilizar diferentes vías de administración, particularmente, desde mediados del siglo XIX, la parenteral. La evolución sociocultural lo ha configurado como un fenómeno de mercado sometido además a la dinámica de la oferta y la demanda.

En Galicia, comenzaría a generar problemas a finales de la década de los setenta, y entre 1979 y 1981 se revelaría como especialmente preocupante. A partir de ese momento se inició la creación de servicios de atención a los afectados que, promovidos inicialmente por asociaciones ciudadanas y posteriormente por algunos Ayuntamientos, empezaban a recibir el apoyo de la Administración autonómica y central.

La Junta de Galicia, sensible a los problemas generados por el consumo de drogas en nuestra Comunidad, creó en 1986 el Plan autonómico sobre drogodependencias (PAD), coordinado con el Plan nacional sobre drogas (PND), que la Administración central comenzó a poner en marcha en 1985. A partir de entonces comenzó el proceso de organización, planificación, coordinación y gestión de la respuesta a dichos problemas, tanto en lo que concierne a los programas y servicios de atención a los afectados como en lo que atañe a la colaboración entre las Administraciones y el movimiento social.

La extensión del consumo de drogas es, en la actualidad, uno de los motivos que mayor preocupación social genera, asociado con la conflictividad e inseguridad, que la sociedad percibe como una de sus consecuencias. El uso de drogas no institucionalizadas, como la heroína, la cocaína o los derivados del «cannabis», si bien en proceso de estancamiento las dos primeras y en franco retroceso los últimos, provoca dolorosas y difíciles situaciones tanto personales como familiares y sociales.

El elevado consumo de bebidas alcohólicas en nuestra Comunidad, aunque situado en la media estatal, es un factor importante en la aparición de problemas sociales, familiares, personales y de salud. Y ello es especialmente preocupante por cuanto los sectores de jóvenes de nuestra sociedad parecen estar incrementando tal uso, sobre todo el de las bebidas destiladas, de mayor graduación y menos asimiladas culturalmente.

El consumo de tabaco en Galicia es excesivamente elevado. Las enfermedades asociadas al mismo disminuyen la esperanza de vida en gran proporción, por lo que la promoción de la vida sin tabaco es uno de los programas que se consideran prioritarios en el campo de la salud pública.

Esta Ley tiene como finalidad dotar de un marco normativo amplio la necesaria revisión del PAD tras ocho años de funcionamiento, de forma que suponga un sólido apoyo en la adecuada resolución de los retos, tanto presentes como futuros, que la evolución de este fenómeno plantea a la sociedad gallega. Del mismo modo da cumplida respuesta al compromiso asumido por la Junta de Galicia tras la unánime aprobación por parte del Parlamento gallego del Dictamen de la Comisión no permanente para el estudio de la repercusión socioeconómica y sanitaria del narcotráfico en Galicia («Boletín Oficial del Parlamento de Galicia» número 282, de 10 de junio de 1992), en el que se instaba a la presentación de un proyecto de ley sobre prevención, asistencia e integración en materia de drogodependencias.

El dictamen recomendaba además dotar al PAD de una estructura fuerte que unificase la dirección de todas las acciones que estuvieran llevándose a cabo en materia de drogodependencias, lo que dio lugar al Decreto 33/1993, de 19 de febrero, por el que se creaba el comisionado del Plan autonómico sobre drogodependencias, y al Decreto 86/1994, de 14 de abril, en el que se procedía a establecer la estructura y funciones de la Oficina del comisionado del PAD, en un intento de dotar a éste de la operatividad suficiente para desarrollar sus funciones. Posteriormente se reforzaría esta estructura mediante el Decreto 174/1994, de 2 de junio, creándose las comisiones de coordinación interconsejerías, interadministraciones públicas y de organizaciones no gubernamentales (ONG), como órganos colegiados con la finalidad de garantizar la coordinación de todas las instituciones que intervienen en el campo de las drogodependencias.

En la elaboración de este texto se tuvieron además en cuenta la experiencia acumulada y las recomendaciones de los organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas competentes en esta materia, de la Organización Mundial de la Salud, del Consejo de Europa y de otras instituciones de la Comunidad Europea, así como la legislación relacionada con las drogodependencias de nuestra Comunidad Autónoma y del resto de España y, singularmente, el dictamen ya mencionado de la Comisión no permanente del Parlamento de Galicia; el presente texto incorporó el contenido de sus conclusiones, en el ámbito de las competencias que corresponden a la Comunidad Autónoma, especialmente las que hacen referencia a las actuaciones sobre la demanda del consumo de drogas.

La presente Ley se estructura en un título preliminar y cuatro títulos más, con un total de 40 artículos. Contiene, además, una disposición transitoria, otra derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El título preliminar («Del objeto de la Ley»), además de definir el objeto de la Ley, establece varias definiciones conceptuales que permiten una homogénea interpretación del texto.

Siendo la prevención del consumo de drogas un elemento de la mayor relevancia, el título I («De la prevención de las drogodependencias») plantea como principios rectores de esta área de intervención la responsabilidad de cada individuo así como la corresponsabilidad de toda la sociedad en conseguir hábitos de vida saludables. La Ley pone especial énfasis en medidas dirigidas a jóvenes y adolescentes, puesto que en esta etapa evolutiva es cuando se van fijando los valores que sustentan los antes referidos hábitos de vida saludables.

En esa línea, el título I dedica su capítulo I a recoger las premisas prioritarias que tendrán que orientar la promoción de la salud y el bienestar social, así como la prevención de las drogodependencias, a través de diversas directrices de intervención en relación a la salud laboral, la educación para la salud, la prevención comunitaria... Atención particular reciben los colectivos sociales más vulnerables, ya que éstos son los que mayor riesgo presentan.

En el capítulo II, por otra parte, se recogen normas tendentes a reducir la oferta, haciendo un especial hincapié en medidas de control y limitativas de la publicidad, promoción, venta o suministro de bebidas alcohólicas y tabaco. Estas normas intentan ser complementarias entre sí y reforzar la finalidad última que trazó el legislador en la elaboración de la presente norma: no sólo se trata de limitar el acceso a las drogas, sino que más bien se pretende que la demanda del consumo disminuya progresivamente sin renunciar a una sociedad gallega libre de drogodependencias.

El título II («De la asistencia y reinserción de los afectados por el consumo de drogas») recoge normas relativas a la reducción de la demanda, a través de medidas sobre la asistencia e integración social de los afectados por las drogodependencias, pretendiendo mantener un cuidadoso equilibrio entre la necesidad de propiciar una particular atención a los afectados y la obligación de la Administración de no propiciar un trato de favor a un sector social que pudiera resultar discriminatorio para otras personas, colectivos o, incluso, para los otros problemas con que se enfrenta la sociedad y a los que dicha Administración también tiene que hacer frente.

Recogiendo la tipología y los criterios de ordenación que los recursos sociosanitarios de atención de las drogodependencias tiene que observar en Galicia, este título II delimita los principios generales de actuación de las Administraciones públicas y del movimiento asociativo en lo que a asistencia sociosanitaria se refiere, abogando en todo momento por una atención de carácter global e integrada que conciba la drogodependencia como un desajuste biopsicosocial y garantice la coordinación entre los recursos asistenciales especializados y los recursos de la red general de salud y servicios sociales.

El título III («De la organización y la participación social») dedica su capítulo I a establecer la atribución de competencias de la Administración autonómica.

El capítulo II recoge normas relativas a cómo y quién tiene que efectuar la planificación de objetivos, prioridades, funciones y estrategias en materia de drogodependencias, constituyéndose el Plan de Galicia sobre drogas, elemento básico de dicha planificación.

En este capítulo II también se establecen normas referentes a la ordenación de centros, establecimientos o servicios que desarrollen funciones en materia de drogodependencias, así como de estructuración de un sistema de información y vigilancia epidemiológico-sanitarias.

Entendiendo que el fenómeno que aborda esta Ley es complejo y está relacionado con otros muchos, el capítulo III regula la participación social, reconociendo como principio esencial la necesidad de que toda la sociedad, los poderes públicos, otras entidades e instituciones, así como la población en general, mantengan e incrementen ante las drogodependencias un esfuerzo de franca colaboración y coordinación con voluntad solidaria, alcanzando el clima social necesario para que el conjunto de medidas adoptadas o, que puedan adoptarse en el futuro (sociosanitarias, educativas, culturales, económicas, laborales y políticas), alcancen sus objetivos en la disminución del problema que motiva esta Ley.

La necesidad de coordinar las actuaciones que desarrollen en el ámbito de las drogodependencias los distintos sectores, tanto públicos como privados, de la Comunidad Autónoma de Galicia lleva a regular en el capítulo IV distintos órganos de coordinación.

El capítulo V, por su parte, entendiéndolas como aspectos fundamentales, establece líneas de actuación de la Administración autonómica en lo concerniente a la formación, investigación y documentación. En esta línea se adoptan preceptos que intentan garantizar una adecuada formación, de pregrado y postgrado, así como la formación continuada de todos los profesionales y agentes sociales implicados.

La investigación se contempla como una herramienta imprescindible para abordar eficazmente el complejo fenómeno de las drogodependencias, estableciéndose por ello medidas que la impulsen, facilitando que los diferentes profesionales desarrollen estudios sobre la materia.

Por último, el título IV («De la función inspectora y el régimen sancionador») establece un régimen de inspección y vigilancia que pretende velar por el estricto cumplimiento de lo establecido en el resto del texto.

Entendiendo que ese régimen de inspección y vigilancia se efectúa dentro del ámbito competencial de la Comunidad Autónoma de Galicia, la propuesta que se hace en este título no obvia la necesidad de realizar dichas funciones en coordinación con los correspondientes servicios de otras Administraciones públicas u organismos competentes.

Este título IV establece, asimismo, un régimen sancionador de infracciones con un carácter eminentemente práctico, lo que pretende alcanzarse al tener en cuenta criterios que modulan y gradúan tanto las infracciones como las sanciones, teniendo presentes los principios de legalidad, tipicidad y proporcionalidad que siempre tienen que presidir todo procedimiento administrativo sancionador.

Por todo lo expuesto, el Parlamento de Galicia aprobó y yo, de conformidad con el artículo 13.2 del Estatuto de Galicia y con el artículo 24 de la Ley 1/1983, de 23 de febrero, reguladora de la Junta y de su Presidente, promulgo, en nombre del Rey, la Ley de Galicia sobre drogas.

TÍTULO PRELIMINAR

Del objeto de la Ley

Artículo 1. *Objeto.*

Es objeto de la presente Ley establecer, en el ámbito competencial de la Comunidad Autónoma de Galicia, los criterios que permitan una adecuada coordinación de las entidades e instituciones que actúan en el campo de las drogodependencias y regular el conjunto de acciones dirigidas a la prevención del consumo de drogas y las drogodependencias, al tratamiento e integración social de los afectados por las mismas y a la formación e investigación en dicho campo.

Artículo 2. *Conceptos básicos.*

1. Se considerarán drogas, a efectos de esta Ley, aquellas sustancias que administradas al organismo estimulan, inhiben o perturban las funciones psíquicas, perjudican la salud y son susceptibles de generar dependencia.

Específicamente, se dará esta calificación a:

a) Los estupefacientes y psicotrópicos que determinen las convenciones internacionales y se sometan a medidas de fiscalización por la autoridad pública competente.

b) Las bebidas alcohólicas.

c) El tabaco.

d) Los productos de uso doméstico o industrial, sustancias volátiles y otras que sean susceptibles de producir los efectos propios de las drogas.

2. A estos efectos se considerará por:

a) Dependencia: El estado psicofisiológico caracterizado por la necesidad del individuo de consumir droga para suprimir un malestar psíquico o somático.

b) Desintoxicación: El proceso terapéutico dirigido a superar el estado de dependencia física.

c) Deshabituación: El proceso terapéutico dirigido a superar el estado de dependencia psicológica.

d) Reinserción o integración social: El proceso de reincorporación del individuo a la sociedad como ciudadano responsable.

TÍTULO I

De la prevención de las drogodependencias

CAPÍTULO I

De las medidas preventivas

Artículo 3. *Medidas generales.*

1. Corresponde a la Administración autonómica y demás Administraciones públicas de Galicia, en el ámbito de sus respectivas competencias, desarrollar las actuaciones de prevención tendentes a eliminar o, en su defecto, reducir la promoción y consumo de las sustancias definidas como drogas en el artículo 2.1 de la presente Ley.

2. La prevención en drogodependencias ha de enmarcarse en una acción planificada y global que, con carácter inespecífico y comunitario, incida sobre los factores que

predispongan al consumo, sin perjuicio de otros programas sectoriales concretos y específicos que puedan generar intervenciones más amplias.

3. Las actividades y programas habrán de contar con objetivos y metodología acorde a la realidad social sobre la que se pretende actuar y disponer de un sistema de evaluación de las intervenciones efectuadas y resultados alcanzados.

Artículo 4. *Actuaciones y programas.*

A fin de promover la salud y el bienestar social, evitando la situación de dependencia, la Administración autonómica:

a) Articulará programas de información, consejo y divulgación dirigidos a los ciudadanos sobre las sustancias que puedan generar dependencia, las consecuencias de su consumo y su incidencia en lo concerniente a la salud de la población.

b) Elaborará programas de prevención del uso indebido de drogas que comprenderán actividades informativas, de asesoramiento y actuaciones de carácter preventivo preferentemente en los ámbitos educativo, laboral, sanitario y comunitario. Para el desarrollo y puesta en marcha de estos programas se buscará la colaboración con las Administraciones locales.

c) Promoverá la información en drogodependencias de profesionales de los servicios sanitarios y facilitará a través de las unidades y servicios informativos de la red asistencial, asesoramiento y orientación a los usuarios en esta materia.

Artículo 5. *Salud laboral.*

1. La Administración autonómica, en colaboración con los organismos competentes y las organizaciones sindicales y empresariales, fomentará:

a) Programas de prevención, asistencia y reinserción en el ámbito laboral.

b) Programas de salud laboral que incluyan actividades informativas y de formación de los trabajadores y empresarios en los problemas derivados del consumo de drogas.

En el diseño, ejecución y evaluación de dichos programas se fomentará en cada empresa la corresponsabilización y participación de los sindicatos, empresarios, servicios médicos de empresa y comités de seguridad e higiene.

2. La Administración autonómica de Galicia, en sus centros, establecimientos y servicios, reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento. Reglamentariamente se establecerán las condiciones y requisitos que tienen que cumplirse para poder hacer efectiva esa reserva del puesto de trabajo.

3. Se fomentarán entre organizaciones empresariales y sindicales acuerdos que tiendan a garantizar la reserva del puesto de trabajo de personas drogodependientes y a no ejercer las potestades disciplinarias que contempla la legislación laboral en casos de problemas derivados del abuso de drogas, cuando dichas personas participen en un proceso voluntario de tratamiento o rehabilitación.

Artículo 6. *Educación para la salud.*

1. Las Consejerías competentes en materia de educación, sanidad y servicios sociales garantizarán, mediante programas de educación para la salud en todos los niveles no universitarios, la formación de los escolares para la prevención de las drogodependencias. Fomentarán igualmente que el profesorado alcance un conocimiento adecuado de la problemática del consumo de drogas a través de programas de formación continuada.

2. Igualmente, se garantizará una formación adecuada sobre los distintos aspectos de las drogodependencias en los estudios universitarios de las áreas educativa, sanitaria y social.

Artículo 7. *Programas comunitarios.*

La Administración autonómica velará por el establecimiento de programas preventivos de carácter comunitario a fin de incrementar la solidaridad social y una valoración positiva de la

salud y bienestar individual y colectivo, potenciando la disminución de desigualdades sociales y factores de marginación favorecedores del consumo de drogas.

Artículo 8. *Medidas sobre factores sociales condicionantes.*

1. Las Administraciones públicas de Galicia velarán por el establecimiento de programas tendentes a disminuir las desigualdades sociales, fundamentalmente de aquellos factores de marginación favorecedores del consumo de drogas.
2. Estos programas se dirigirán preferentemente a grupos con especiales dificultades de incorporación social, alto riesgo de consumo de drogas o especial vulnerabilidad.
3. Las actuaciones se canalizarán a través del sistema de asistencia social, con arreglo a la Ley de Galicia 4/1993, de 23 de abril, de servicios sociales, de planes culturales y deportivos de la juventud y del fomento del asociacionismo, formación ocupacional y accesibilidad al empleo.

Artículo 9. *Medidas de apoyo.*

Los poderes públicos articularán medidas de apoyo a iniciativas sociales encaminadas a la información y sensibilización social respecto a la problemática derivada del consumo de drogas y solicitarán, a este fin, la colaboración de los medios de comunicación social.

Artículo 10. *Control e inspección.*

Las Administraciones públicas de Galicia, en el marco de sus respectivas competencias y de la legislación vigente, prestarán especial atención a las medidas de control e inspección de las distintas sustancias objeto de esta Ley y del cumplimiento de la normativa de venta y dispensación de medicamentos, controlando su posible desvío hacia mercados ilegales.

CAPÍTULO II

De la promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco

Sección 1.ª De las limitaciones a la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 11. *Condiciones de la publicidad.*

1. La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco no podrá dirigirse específicamente a menores de edad, utilizar la imagen de menores o de mujeres gestantes ni asociar su consumo a prácticas deportivas, educativas o sanitarias.
2. Tampoco podrá vincularse el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco al éxito social, al rendimiento físico o a la conducción de vehículos ni atribuirle carácter terapéutico, estimulante o sedante, o bien ofrecer la abstinencia o sobriedad como una imagen negativa de la persona.

Artículo 12. *Limitaciones a la promoción y la publicidad.*

1. La promoción de bebidas alcohólicas en el marco de ferias, exposiciones, muestras o similares se llevará a cabo en espacios diferenciados o separados, no permitiéndose el acceso a menores de dieciocho años no acompañados de personas mayores de edad. En todo caso, se prohibirá la promoción de bebidas alcohólicas a través de concursos o actividades de consumo incontrolado.
2. Queda prohibida toda forma de publicidad de tabaco por los centros emisores de radio y televisión ubicados en Galicia.
3. Queda prohibida toda forma de publicidad de bebidas alcohólicas por los centros emisores de radio y televisión ubicados en Galicia, entre las ocho y las veintidós horas.
4. En los periódicos, revistas y demás publicaciones que se editen en la Comunidad Autónoma no podrá hacerse publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en primera página, en las destinadas a deportes y pasatiempos y en aquellas secciones que, por su contenido, estén orientadas preferentemente a menores de dieciocho años.

5. La Administración autonómica promoverá la formalización de acuerdos de autocontrol y autolimitación de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco con empresas fabricantes y distribuidoras de dichas bebidas, así como con anunciantes, agencias, empresas y medios de publicidad, a fin de restringir, para todo lo que la presente Ley no reglamente, la actividad publicitaria de las sustancias referidas.

Sección 2.ª Del suministro y venta de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 13. *Limitaciones.*

1. No se permitirá la venta o suministro de tabaco a menores de dieciocho años. Igualmente, no se permitirá la venta o suministro de bebidas alcohólicas a menores de dieciséis años, y en el caso de bebidas alcohólicas de más de 18 grados centesimales a los menores de dieciocho años. Asimismo, queda prohibida la venta o suministro de alcohol a los profesionales de diversos sectores como conductores de medios de transporte público o personal sanitario que, estando de servicio o en disposición de prestarlo, si realizasen su actividad bajo la influencia de bebidas alcohólicas pudieran causar daños contra la vida e integridad física de las personas.

2. No se podrá vender o suministrar bebidas alcohólicas o tabaco en:

a) Locales y centros preferentemente destinados a menores de dieciocho años.
b) Centros culturales.
c) Centros educativos que imparten educación primaria y educación secundaria u otras enseñanzas de nivel equivalente.
d) Instalaciones deportivas.
e) Centros sanitarios.

3. No se permitirá el suministro o venta de bebidas con una graduación alcohólica de más de 18 grados en:

a) Centros de educación superior y universitaria.
b) Dependencias de las Administraciones públicas de Galicia.
c) Áreas de servicio y descanso de las autopistas, autovías, vías rápidas y similares.

4. La venta o suministro de alcohol y tabaco por medio de máquinas automáticas sólo podrá realizarse en lugares cerrados, debiendo constar en la superficie frontal de la máquina, en donde no pueda retirarse, la prohibición de su uso por menores de dieciocho años.

Sección 3.ª Desarrollo reglamentario

Artículo 14. *Desarrollo reglamentario.*

Las disposiciones del presente capítulo relativas a publicidad, suministro y venta de tabaco y bebidas alcohólicas deberán adaptarse en cada momento a su legislación básica, y podrá reglamentarse, al igual que los lugares de consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, en orden a la protección de la salud y seguridad de las personas teniendo en cuenta a los sujetos destinatarios, la no inducción directa o indirecta a su consumo indiscriminado y en atención a los ámbitos educativo, sanitario y deportivo.

Artículo 15. *Señalización de prohibiciones.*

La señalización formal o externa de las prohibiciones que en materia de alcohol y tabaco se establezcan en esta Ley se regulará por norma reglamentaria.

TÍTULO II

De la asistencia y reinserción de los afectados por el consumo de drogas

Artículo 16. *Del dispositivo asistencial.*

1. Los poderes públicos de la Comunidad Autónoma gallega garantizarán, en iguales condiciones que al resto de la población, el proceso de atención al drogodependiente en los servicios sanitarios y sociales, respetando los derechos y obligaciones que establece la normativa básica y autonómica en esta materia.

2. Los recursos de tratamiento de las drogodependencias se ajustarán a la siguiente tipología básica y distribución sanitaria:

a) Unidades asistenciales de drogodependencias (UAD): Centros o servicios de tratamiento ambulatorio que, dependiendo o no de un hospital, desarrollen cualquier tipo de actividad terapéutica en drogodependencias. Se promoverá la implantación de una UAD por área de salud.

b) Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH): Aquellas que, dentro de un servicio hospitalario, realizan tratamiento de desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario. Se promoverá la dotación de una UDH por región sanitaria.

c) Unidades de día (UD): Aquellas que, en régimen de estancia de día, realizan tratamiento de deshabituación mediante terapia farmacológica, psicológica u ocupacional. Se promoverá la implantación, como mínimo, de una UD por cada una de las siete grandes ciudades de Galicia.

d) Comunidades terapéuticas (CT): Aquellas unidades, centros o servicios que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabituación mediante terapia farmacológica, psicológica u ocupacional. Se promoverá la dotación de una CT por cada región sanitaria.

3. En función de la evolución del consumo de drogas y de sus consecuencias, podrán crearse otro tipo de centros, establecimientos o servicios y alterar la distribución anteriormente indicada.

Artículo 17. *Criterios de actuación.*

Serán criterios de actuación de los servicios sanitarios y sociales:

1. Promover la reducción de la morbi/mortalidad asociada al consumo de drogas.

2. Atender a las personas con problemas derivados del consumo de drogas preferentemente en su ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales de régimen ambulatorio (UAD), de hospitalización parcial (UD) y de atención domiciliaria, evitando, en la medida de lo posible, la necesidad de internamiento.

En los procesos que así lo requieran, la hospitalización de los pacientes drogodependientes se realizará en las unidades correspondientes de los hospitales de la red sanitaria general.

3. Facilitar al drogodependiente una respuesta terapéutica de carácter global, mediante la coordinación permanente de los servicios sanitarios y sociales y la optimización racional de los recursos, procurando la adaptación social de los afectados y su reinserción en la sociedad.

Artículo 18. *De la asistencia sanitaria pública.*

1. Las Administraciones públicas de Galicia velarán por el desarrollo de las actividades asistenciales precisas para el tratamiento de los diversos problemas derivados del consumo de drogas, la desintoxicación, la deshabituación-rehabilitación y la atención a las complicaciones orgánicas, psíquicas y sociales y a las urgencias derivadas del uso de las drogas.

Al objeto de garantizar las prestaciones adecuadas, la Administración autonómica, en el marco de sus competencias, podrá establecer acuerdos, convenios, contratos o conciertos con entidades tanto públicas como privadas, preferentemente con aquellas que no tengan ánimo de lucro.

2. La Administración sanitaria desarrollará programas de promoción de la salud orientados de forma prioritaria a colectivos de riesgo, especialmente de vacunación y quimioprofilaxis de los sujetos afectados y personas que con él convivan, considerándose preferentes los de hepatitis, tétanos y tuberculosis.

También llevará a cabo acciones de educación sanitaria, de detección y tratamiento de enfermedades infecciosas asociadas y de disponibilidad de material y adecuada utilización del mismo como profilaxis en la transmisión de enfermedades infecciosas, especialmente VIH-SIDA.

Artículo 19. *De los servicios sociales.*

1. Las Administraciones públicas de Galicia velarán por el desarrollo y promoción de actuaciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los afectados y a favorecer su integración social, mediante la utilización conjunta y coordinada de los diferentes programas de la red general de servicios sociales.

2. Directamente o en colaboración con las Administraciones locales o la iniciativa social, la Administración autonómica desarrollará programas orientados a la promoción del movimiento asociativo y a la integración familiar y social de los afectados y fomentará el voluntariado social u otras formas de apoyo y ayuda al drogodependiente que actúen coordinadamente con la red general de servicios sociosanitarios.

Artículo 20. *Del movimiento asociativo.*

1. Las asociaciones, fundaciones y otras organizaciones no gubernamentales que intervengan en el ámbito de las drogodependencias podrán cooperar en las distintas materias objeto de la presente Ley, previa inscripción en los correspondientes registros que reglamentariamente se determinen y siempre que se adecuen a las normas previstas en la legislación vigente.

2. La Junta de Galicia podrá declarar de interés para la Comunidad Autónoma gallega a aquellas entidades sin ánimo de lucro que estén llevando a cabo programas o servicios en el ámbito de las distintas drogodependencias y cumplan los requisitos que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 21. *De la asistencia a la población drogodependiente interna, detenida o reclusa.*

Los poderes públicos que intervienen en Galicia, y en el ámbito de sus respectivas competencias, promoverán los servicios de asistencia y orientación al detenido drogodependiente a través de las siguientes acciones:

a) Facilitando información a los órganos judiciales que tengan que adoptar decisiones relacionadas con la situación jurídica de los afectados, especialmente en aquellos casos en que, estando sometidos a tratamiento en establecimientos, centros o servicios asistenciales, la actuación judicial suponga una interrupción del proceso terapéutico.

b) Desarrollando programas de atención al drogodependiente detenido o recluso cuyo objetivo prioritario sea la detección y prevención de enfermedades infecciosas y que faciliten la posterior integración social del afectado a través de la coordinación de los recursos de la red sociosanitaria. Estas actuaciones podrán adoptarse igualmente en relación a los menores sujetos a medidas de protección que estén ingresados en instituciones, así como a los internados en virtud de resolución judicial.

c) Promoviendo la dotación de medios humanos y materiales que permitan abordar los problemas derivados del consumo de drogas en reclusos drogodependientes acogidos a medidas terapéuticas derivadas de la remisión condicional de la pena o en régimen de reclusión preventiva.

TÍTULO III

De la organización y la participación social

CAPÍTULO I

De la atribución de competencias

Artículo 22. *Competencias.*

1. Toda actuación y desarrollo normativo a que hubiese lugar en aplicación de esta Ley se ejercerán, sin perjuicio de las competencias de la Administración central del Estado, por la Administración autonómica, las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma, ajustándose a las respectivas competencias que legalmente tengan atribuidas en materia educativa, cultural, de orden público, comercio, sanidad, servicios sociales u otras.

2. En todo caso, será competencia de la Administración autonómica:

a) La planificación general y evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de la presente Ley.

b) La coordinación y ordenación de las funciones, actuaciones y servicios que en materia de drogodependencias tengan que desarrollar las distintas Administraciones e instituciones públicas o privadas de la Comunidad Autónoma Gallega.

c) La autorización, registro, acreditación e inspección de centros, programas y servicios que, puestos en marcha por entidades públicas o privadas, desarrollen actividades y acciones de intervención en materia de consumo de drogas o problemática asociada al mismo.

d) El establecimiento de un sistema centralizado de información y documentación sobre drogodependencias, que permita el seguimiento y la evaluación continua del consumo de drogas y de su problemática asociada, con las debidas garantías del derecho al anonimato sobre los datos que se registren.

CAPÍTULO II

De la planificación y la ordenación

Artículo 23. *Planificación.*

1. La planificación de los objetivos, prioridades y estrategias de actuación que en materia de drogodependencias se realicen en la Comunidad Autónoma se contemplará en un Plan de Galicia sobre drogas.

La Junta de Galicia, a través de la Consejería a que resulte adscrito el órgano coordinador del Plan de Galicia sobre drogas, aprobará y remitirá al Parlamento el documento de dicho plan. Asimismo, remitirá anualmente al Parlamento gallego una memoria con la pertinente evaluación del plan.

2. El plan recogerá, de forma global, las acciones a realizar en las áreas de prevención, asistencia, reinserción, formación, investigación, coordinación y otras que se estimen oportunas por las distintas Administraciones públicas, asociaciones y organizaciones no gubernamentales de la Comunidad Autónoma gallega.

3. El plan será vinculante para todas las Administraciones públicas y entidades privadas o instituciones que, con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma, reciban fondos para desarrollo de actuaciones en relación al consumo de drogas y problemática asociada, debiendo ajustarse sus actuaciones en dicha materia a los objetivos, criterios y funciones que se establezcan en el mismo.

Artículo 24. *Contenido del Plan de Galicia sobre drogas.*

En la elaboración del Plan de Galicia sobre drogas se concretarán como mínimo los aspectos siguientes:

a) Análisis epidemiológico del consumo de drogas en Galicia y de su problemática asociada.
b) Objetivos generales y objetivos específicos por áreas de intervención.
c) Criterios básicos de actuación.
d) Programas y calendario de actuaciones.
e) Responsabilidades y funciones de las Administraciones públicas, entidades privadas e instituciones que intervengan en esta materia.
f) Descripción del dispositivo asistencial.
g) Recursos necesarios para ejecutar el plan.
h) Sistema de evaluación.

Artículo 25. *De la ordenación.*

1. Los centros, establecimientos y otros servicios que en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Galicia desarrollen funciones en materia de drogodependencias se someterán a un régimen de autorización previa al inicio de su actividad.
2. Corresponderá a las Consejerías competentes en las materias de sanidad y de servicios sociales la autorización, registro y acreditación de los centros, establecimientos y servicios de tratamiento de las drogodependencias y de los que tengan un carácter social orientado específicamente al desarrollo de programas de prevención e inserción social de personas afectadas por cualquier forma de drogodependencia.

Artículo 26. *Modalidades terapéuticas.*

La Administración autonómica, a través de la Consejería competente en materia de sanidad y servicios sociales, establecerá sistemas de registro, análisis, tipificación y evaluación de las distintas modalidades terapéuticas y de reinserción desarrollados en el marco del Plan de Galicia sobre drogas. Todos los centros deberán inscribir las modalidades terapéuticas y de reinserción que desarrollen.

Artículo 27. *Sistema de información.*

La Consejería competente en materia de sanidad, a través del órgano coordinador del Plan de Galicia sobre drogas, estructurará un sistema de información y vigilancia sobre la frecuentación asistencial y morbi/mortalidad derivadas del uso de drogas, preservando el derecho a la confidencialidad de los datos que se manejen.

CAPÍTULO III

De la participación social

Artículo 28. *Voluntariado social.*

1. La Administración autonómica fomentará y apoyará las iniciativas sociales y la colaboración del voluntariado social en las tareas de prestación de servicios de prevención, asistencia y reinserción que en materia de drogodependencias se desarrollen por las Administraciones públicas o entidades privadas sin ánimo de lucro.
2. Las actividades de voluntariado social no podrán ser retribuidas.
3. Serán ámbitos preferentes de actuación del voluntariado social:

a) La concienciación social acerca de la problemática de las drogodependencias.
b) La prevención en el ámbito comunitario.
c) El apoyo a la reinserción.

Artículo 29. *Conciertos, convenios y subvenciones.*

1. La Administración autonómica de Galicia podrá suscribir, con arreglo a la normativa vigente, conciertos y convenios y conceder subvenciones a entidades públicas, entidades benéficas privadas sin ánimo de lucro y entidades privadas que intevengan en el ámbito de la prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción, formación o investigación en materia de drogodependencias.

2. Las entidades, instituciones y personas que colaboren sin finalidad lucrativa en la prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción de personas afectadas por dependencia de drogas serán especialmente consideradas y reconocidas de acuerdo con la normativa reglamentaria que se establezca.

3. A fin de evitar duplicidades y disfunciones y alcanzar una optimización de recursos, la Junta de Galicia promoverá la integración de la asistencia a los usuarios de drogas en la red general de salud y servicios sociales. En todo caso, el Gobierno gallego adoptará las medidas necesarias para garantizar la efectiva coordinación de los dispositivos asistenciales de drogodependencias con los de la red sociosanitaria general.

4. La totalidad de los centros y servicios de atención de drogodependientes gestionados por entidades que, según lo previsto en el apartado 1 de este artículo, suscriban conciertos y convenios o se beneficien de ayudas de la Administración autonómica tendrá, en cuanto al desarrollo de programas de intervención, una dependencia funcional del órgano administrativo al que se adscriba el Plan de Galicia sobre drogas.

CAPÍTULO IV

De la coordinación

Artículo 30. *Órgano coordinador del Plan de Galicia sobre drogas.*

1. El órgano coordinador del Plan de Galicia sobre drogas será el órgano encargado de asesorar, coordinar y supervisar las directrices y acciones que, respecto a la materia objeto de esta ley, se desarrollen en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia. Asimismo, le corresponderá la coordinación y supervisión de los programas, presupuestos y recursos que, en relación al Plan de Galicia sobre drogas, tenga asignada la Administración autonómica.

2. Su nivel orgánico y ámbito competencial vendrá determinado por un decreto de la Junta de Galicia, a propuesta de la Consejería a que resulte adscrito.

Artículo 31. *Comisiones de coordinación.*

Se constituirán órganos colegiados de coordinación interconsejerías, interadministraciones públicas y de organizaciones no gubernamentales que en Galicia intervengan en el ámbito de las drogodependencias, cuya composición y funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

CAPÍTULO V

De la formación, investigación y documentación

Artículo 32. *Formación, investigación y documentación.*

En el marco de la presente ley, la Junta de Galicia promoverá:

a) La actividad formativa, en sus vertientes de pregrado, postgrado y formación continuada, y de investigación de todos los profesionales y agentes sociales implicados en la materia objeto de esta ley.

b) Líneas de estudio, formación e investigación científica sobre la problemática social, sanitaria y económica, relativas a las drogodependencias, de las que se deriven pautas de actuación futura en este campo.

c) Encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, económicos y sociales que permitan conocer la incidencia, prevalencia y problemática asociada al consumo de drogas.

d) La evaluación de los programas de intervención en el campo de las drogodependencias.

e) La elaboración de un informe anual que refleje la situación de las drogodependencias en Galicia.

f) La puesta en marcha de un servicio de documentación en materia de drogodependencias, garantizando la accesibilidad del mismo a todos los organismos públicos y privados que desarrollen acciones y actividades relacionadas con la materia mencionada.

CAPÍTULO VI

De la financiación

Artículo 33. *Compromisos presupuestarios.*

Los presupuestos de las distintas Consejerías de la Junta de Galicia y de sus organismos autónomos que actúen en el ámbito de las drogodependencias, así como los de las distintas administraciones locales, habrán de contemplar para cada ejercicio económico, a través de los órganos de coordinación que reglamentariamente se establezcan, las dotaciones presupuestarias que, con arreglo a las disponibilidades económicas de cada ejercicio, se destinen a ejecutar las actividades reguladas en esta ley y que sean de su competencia.

TÍTULO IV

De la función inspectora y el régimen sancionador

CAPÍTULO I

De la función inspectora y de vigilancia

Artículo 34. *Competencia.*

La Junta de Galicia ejercerá funciones de inspección y control sobre las entidades, centros, establecimientos y servicios contemplados en la presente ley.

Artículo 35. *Funciones de inspección y control.*

1. Las autoridades y los agentes de las mismas a los que reglamentariamente se encomiende velar por el cumplimiento de esta ley, debidamente acreditados, llevarán a cabo cometidos de inspección y control.
2. Efectuadas las comprobaciones oportunas, dichas autoridades y agentes levantarán actas de inspección, que gozarán de la presunción de veracidad.
3. Los titulares de las entidades, centros, servicios y demás recursos en materia de drogodependencias estarán sujetos a la obligación de permitir a los agentes de inspección el acceso a las instalaciones y de facilitar la información, documentos, libros y demás datos que les sean requeridos, así como a prestar toda la colaboración precisa para la comprobación del cumplimiento de la normativa vigente.

La obstrucción a las funciones de inspección de los agentes será sancionada con arreglo a lo establecido en la presente ley y normativa legal vigente sobre inspección sanitaria.

En el ejercicio de sus funciones, los agentes de inspección podrán recabar el auxilio de la autoridad competente.

4. Todas las entidades, centros, servicios y demás recursos en materia de drogodependencias se inspeccionarán periódicamente y en todo caso siempre que exista una denuncia.

CAPÍTULO II

Régimen sancionador

Artículo 36. *Disposiciones generales.*

Constituye infracción administrativa toda acción u omisión que vulnere las prescripciones contenidas en esta ley. El procedimiento sancionador se ajustará a los principios recogidos en el título IX de la Ley del Estado 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de cualquier otro orden que puedan concurrir.

CAPÍTULO III

De las infracciones

Artículo 37. *Clasificación de las infracciones.*

1. Las infracciones administrativas a lo establecido en la presente ley se califican como leves, graves o muy graves.

2. Constituyen infracciones leves:

a) El incumplimiento de las obligaciones de carácter formal o de señalización externa que determine la normativa vigente en materia de drogodependencias.

b) Todas aquellas que se cometan por simple negligencia y no comporten un perjuicio directo para la salud individual o colectiva.

c) El mero retraso en el cumplimiento de las obligaciones de información, comunicación o comparecencia a requerimiento de la autoridad competente.

d) Cualquier otro incumplimiento de lo prescrito en la presente ley que no se tipifique como infracción grave o muy grave.

3. Constituyen infracciones graves:

a) El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 11, 12, números 1, 2, 3 y 4, y 13 de la presente ley.

b) La negativa o resistencia a prestar colaboración o facilitar la información requerida por las autoridades competentes, así como el suministro de información inexacta o documentación falsa.

c) Las acciones u omisiones que perturben, obstruyan o impidan de forma grave el desempeño de la actividad inspectora y de control de la Administración, así como las ofensas graves a las autoridades y agentes encargados de aquélla.

d) La alteración sustancial de las características establecidas en el correspondiente título administrativo de acreditación o autorización que habilita a establecimientos, centros o servicios para desarrollar actividades de asistencia, reinserción o prevención.

e) Llevar a cabo actividades de carácter lucrativo en establecimientos, centros o servicios dependientes de entidades constituidas sin ánimo de lucro.

f) La no aplicación, el falseamiento y el desvío de todo tipo de ayudas y subvenciones que los beneficiarios perciban con cargo a fondos públicos, siempre que no se califique como infracción muy grave.

g) Aquéllas que sean concurrentes con infracciones sanitarias leves o sirvieran para facilitar o encubrir su comisión.

h) La reincidencia en infracciones leves.

4. Constituyen infracciones muy graves:

a) No respetar la dignidad humana y la integridad física o moral de las personas, o la restricción injustificada de sus libertades y derechos, así como atentar o vulnerar el derecho a la intimidad personal o familiar, o el deber de sigilo profesional en la prestación de servicios o en el desarrollo de actividades de asistencia, prevención o reinserción en materia de drogodependencias.

b) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección y el falseamiento de la información suministrada.

c) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.

d) La prestación del servicio o el desarrollo de actividades de asistencia, prevención o reinserción en materia de drogodependencias con ocultación o enmascaramiento de su auténtica naturaleza al objeto de eludir la aplicación de la legislación vigente en la materia.

e) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión que se ejerza sobre las autoridades sanitarias o sus agentes, en su actividad de control o inspección.

f) Iniciar, prestar o desarrollar servicios o actividades de asistencia, reinserción o prevención en materia de drogodependencias en establecimientos, centros o servicios no autorizados o por personal no cualificado legalmente.

g) No efectuar el registro previo de las modalidades terapéuticas que desarrollen los centros, servicios o establecimientos en materia de drogodependencias con arreglo a lo que establece esta ley.

h) La reincidencia en infracciones graves.

i) El incumplimiento por centros, servicios y establecimientos de las medidas de inspección, control e información estadística y sanitaria, y de tratamiento de productos tóxicos y peligrosos que la legislación vigente establezca.

j) Aquéllas que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves o que sirvieran para facilitar o encubrir su comisión.

CAPÍTULO IV

De las sanciones

Artículo 38. *Sanciones.*

Las infracciones a la presente ley se sancionarán en grados mínimo, medio o máximo, atendiendo a la gravedad de la infracción, a la naturaleza de los perjuicios causados, al riesgo para la salud y a la intencionalidad o reiteración, de la forma siguiente:

a) Infracciones leves:

Multa de hasta 500.000 pesetas, en los siguientes grados:

Mínimo: Hasta 100.000 pesetas.
Medio: De 100.001 hasta 250.000 pesetas.
Máximo: De 250.001 hasta 500.000 pesetas.

b) Infracciones graves:

Multa de 500.001 hasta 2.500.000 pesetas, en los siguientes grados:

Mínimo: De 500.001 hasta 1.000.000 de pesetas.
Medio: De 1.000.001 hasta 1.750.000 pesetas.
Máximo: De 1.750.001 hasta 2.500.000 pesetas.

c) Infracciones muy graves:

Multa de 2.500.001 hasta 100.000.000 de pesetas, en los siguientes grados:

Mínimo: De 2.500.001 hasta 20.000.000 de pesetas.
Medio: De 20.000.001 hasta 50.000.000 de pesetas.
Máximo: De 50.000.001 hasta 100.000.000 de pesetas.

d) En casos de especial gravedad con trascendencia notoria y grave para la salud, el Consejo de la Junta de Galicia podrá acordar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años.

En estos casos a que se refiere el párrafo anterior, podrá imponerse como sanción complementaria la supresión, cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayudas o subvenciones de carácter financiero que el particular o la entidad infractora hubiesen obtenido o tengan solicitadas de la Administración pública gallega.

Artículo 39. *Competencia sancionadora.*

La competencia para la imposición de sanciones corresponderá a los siguientes órganos:

a) A los delegados provinciales o territoriales de la Consejería a que resulte adscrito el órgano coordinador del Plan de Galicia sobre drogas, para las sanciones leves.

b) Al titular del centro directivo con rango de director general del que dependa orgánicamente el órgano coordinador del Plan de Galicia sobre drogas, para las sanciones graves.

c) Al titular de la Consejería a que resulte adscrito el órgano coordinador del Plan de Galicia sobre drogas, para las sanciones muy graves en cuantía igual o inferior a 50.000.000 de pesetas.

d) Corresponde al Consejo de la Junta de Galicia:

a') Imponer las sanciones previstas por la comisión de faltas muy graves de cuantía superior a 50.000.000 de pesetas.

b') Acordar el cierre temporal, por un plazo máximo de cinco años, del establecimiento, instalación o servicio infractor.

c') Asimismo podrá imponer la sanción complementaria de supresión, cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayuda o subvención de carácter financiero que el particular o la entidad infractora hubiesen obtenido o tengan solicitadas de la Administración pública gallega.

Artículo 40. *Medidas cautelares o provisionales.*

1. Iniciado el expediente sancionador, el órgano competente podrá adoptar las medidas provisionales o cautelares imprescindibles tendentes a la salvaguarda de la salud, seguridad y protección de las personas, así como la suspensión o clausura preventiva de servicios, establecimientos y centros o la retirada preventiva de autorizaciones, permisos, licencias y otros títulos expedidos por las autoridades administrativas, en los términos que autorice la legislación vigente.

2. No tendrán carácter de sanción la clausura o el cierre de centros, establecimientos o servicios que no cuenten con las autorizaciones administrativas preceptivas o la suspensión de las actividades en tanto no se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos.

Disposición transitoria única.

Los centros, servicios y establecimientos en materia de drogodependencias contarán con un plazo de seis meses para adecuarse a las prescripciones de la presente ley.

Disposición derogatoria única.

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

Disposición final primera.

En el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de esta ley, la Junta de Galicia remitirá al Parlamento el Plan de Galicia sobre drogas a que se refiere esta ley.

Disposición final segunda.

Se autoriza a la Junta de Galicia a dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta ley.

Disposición final tercera.

La presente ley entrará en vigor a los dos meses de su publicación en el «Diario Oficial de Galicia».

Disposición final cuarta.

En el plazo de seis meses, a partir de la entrada en vigor de la presente ley, la Junta de Galicia aprobará la normativa que regule la autorización de apertura, funcionamiento y acreditación de los centros y servicios de atención al drogodependiente.

§ 39

Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad

Comunidad Autónoma de Galicia
«DOG» núm. 248, de 28 de diciembre de 2010
«BOE» núm. 25, de 29 de enero de 2011
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2011-1647

PREÁMBULO

1

Las bebidas alcohólicas son sustancias potencialmente adictivas que gozan de una gran aceptación social y estatuto de legalidad en nuestro país. La Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016 destaca que descendió la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, si bien aumentó la frecuencia de episodios de consumos intensivos. Asimismo, contempla que el consumo abusivo de bebidas alcohólicas en los menores de edad se produce, fundamentalmente, en relación con las bebidas alcohólicas destiladas, cuya concentración de alcohol es mayor y que, además, se mezclan con bebidas carbónicas, lo que refuerza su efecto intoxicante.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas es una causa directa y decisiva de riesgo para la salud, que mantiene relación directa con ciertas enfermedades neoplásicas, cardiovasculares, hepáticas, mentales y neurológicas. En el año 2007, en España, el alcohol estuvo directamente relacionado con el 35,7% de los ingresos en urgencias causados por sustancias psicoactivas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas-DGPNSD; Observatorio Español sobre Drogas-OED. Indicador de urgencias). Dentro de la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcohol es responsable del 6,5% de todas las muertes (11% de las muertes en hombres) y del 11,6% de los años de vida perdidos ajustados por calidad (17,3% en hombres). En la Unión Europea, es considerado el tercer factor de riesgo de enfermedad y muerte prematura, solo superado por el tabaco y la hipertensión arterial (OMS-Oficina Regional para Europa. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. 2009).

Para muchos grupos, especialmente los comprendidos en edades más tempranas, el ocio en general y, especialmente, el ocio nocturno se produce mayoritariamente asociado al consumo abusivo, entre otros, de bebidas alcohólicas. Pero, además, entre los que practican estos estilos de vida se observa una baja percepción del riesgo asociado. Cabe señalar que son los adolescentes y los jóvenes menores de edad los que más participan en los denominados «consumos recreativos».

En Galicia las intoxicaciones etílicas atendidas por los servicios de emergencias aumentaron un 70% desde el año 2000. Del análisis de 800 casos atendidos anualmente, más del 25% tenían menos de 14 años.

La Encuesta de consumo de bebidas alcohólicas en Galicia (2008) revela que la edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad es de 14,1 años, con una tendencia de descenso. El 98% de los menores de edad que consume bebidas alcohólicas de forma abusiva lo hace durante los fines de semana y más de la mitad de los menores de edad gallegos admite el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos doce meses. El motivo más habitual de consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad se deriva de la influencia social.

Por otra parte, los recientes estudios sobre la materia concluyen que el conocido como «botellón» y el ocio nocturno de los menores de edad es un fenómeno que provoca posiciones encontradas entre los jóvenes, los adultos, los políticos y los miembros de las comunidades afectadas. En consecuencia, el botellón ha pasado de ser un fenómeno social a un problema social, como fuente de conflictos de orden diverso. Pero, además de la colisión que supone contraponer los derechos de los participantes en esta práctica y el derecho al descanso de los vecinos de las zonas donde se practica, el problema más acuciante y grave, desde el punto de vista de la salud pública, es el acceso a estas concentraciones de un número creciente de menores de edad.

A fin de incrementar la percepción del riesgo, así como de promover la adopción de opciones personales y grupales encaminadas a disminuir los riesgos y reducir los daños derivados de los consumos abusivos de alcohol en el contexto recreativo, es fundamental que las administraciones públicas promuevan la implicación de los empresarios y otros agentes económicos relacionados con el sector recreativo, así como la formación necesaria del personal que trabaja en ese sector económico.

Por otra parte, una sociedad adulta y libre tiene que ser clara en los mensajes que quiere transmitir a las nuevas generaciones y, en este momento, es necesario el compromiso social de rechazar actitudes permisivas hacia el abuso de bebidas alcohólicas tales como la publicidad que propicie el abuso del consumo de las mismas.

Por ello parece oportuno rechazar la publicidad expresa que pueda hacerse en los establecimientos de hostelería sobre las promociones que incitan al consumo, como la publicidad expresa de barra libre o publicidad expresa del tipo de la conocida como «hora feliz» (happy hour) o «dos por una» en los establecimientos donde está autorizada la venta de bebidas para adultos.

Las últimas evidencias científicas ponen de manifiesto que el cambio de conductas en orden a conseguir hábitos saludables necesita de dos tipos de actuaciones: acciones educativas e intervenciones reglamentarias. La modificación de conductas o la incorporación de conductas saludables necesita de información y de educación adecuadas pero también de modificaciones en el entorno que refuercen la información transmitida. Es muy difícil que alguien cambie de conducta si su entorno es absolutamente permisivo con la conducta que se intenta cambiar. El cambio de la percepción social es fundamental para apoyar los cambios de conducta, y la publicidad tiene un papel fundamental en la percepción social.

Se pretende dar impulso a una nueva cultura social, basada en el respeto y la empatía con los demás, es decir, en pensar en los otros. La ley busca un fortalecimiento de las relaciones entre los diversos actores de la sociedad gallega, especialmente en lo concerniente a la protección de los menores de edad. Se concibe como un código de regulación mutua en el cual el cumplimiento parta del convencimiento de que es lo mejor para todos. Se trata, ni más ni menos, de construir sociedad.

En esta nueva concepción, las sanciones son vistas como el último remedio, cuando no funcionan otros mecanismos. La educación y los entornos deben favorecer que los ciudadanos entiendan el porqué de la necesidad de su cumplimiento. En este sentido, la ley pone especial énfasis en las sanciones pedagógicas y los instrumentos para la formación ciudadana, con el propósito de activar todos los mecanismos que promuevan que no haya necesidad de sancionar porque no se cumplen deberes ciudadanos.

En esta misma línea, la inclusión de los trabajos en beneficio de la comunidad en el nuevo sistema de sanciones constituye una de las principales innovaciones en la presente norma. Las personas que cometan determinadas infracciones podrán sustituir el pago de la

multa por trabajos para la comunidad, es decir, por el ejercicio de actividades de cooperación personal no retribuida en actividades de utilidad pública, interés social y valor educativo, como la ayuda en la limpieza de calles o la reparación del mobiliario urbano.

En el ámbito internacional existen instrumentos suscritos por el Estado español y normativa comunitaria en este ámbito. Es preciso mencionar la Carta europea sobre alcohol, adoptada por los estados miembros en 1995, que establece los principios éticos y las metas para promover y proteger la salud y el bienestar de la población, entre ellos el de proteger a los menores y jóvenes de las presiones para que beban, y reducir el daño que directa o indirectamente les produce el alcohol. En el marco de la Comunidad Europea cabe destacar, entre otras, las recomendaciones del Consejo de 5 de junio de 2001, sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes y, en particular, de los niños y adolescencia, o la Resolución del Consejo y de los representantes de los estados miembros sobre prevención del uso de drogas, de 25 de abril de 2002, así como la Estrategia 2005-2012 aprobada por la Comisión Europea, que señala que las actuaciones frente a sustancias de acceso legal han de poner el énfasis en la normativa sobre publicidad, venta y consumo, haciendo especial referencia a las edades y lugares donde puedan venderse dichos productos y donde sea legal su consumo.

La Constitución española establece en su artículo 43.2 que corresponde «a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios. En lo concerniente a ello la ley establecerá los derechos y deberes de todos». Además, el artículo 51.1 dice que «los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos». A mayor abundamiento, el artículo 39.4 establece que «los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos».

2

La presente ley tiene como principal objetivo hacer efectivo, dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia, el derecho constitucional a la protección de la salud en el marco de las competencias que le atribuye el artículo 33.1 del Estatuto de autonomía de Galicia, aprobado por la Ley Orgánica 1/1981, con arreglo al cual «corresponde a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior».

Así, la Comunidad Autónoma de Galicia lo había regulado en la Ley 2/1996, de 8 de mayo, de drogas de Galicia. Sin embargo, se considera que el abordaje del consumo abusivo se ajusta más al objetivo de salud de la prevención del alcoholismo en menores de edad.

En el marco de la competencia que se le atribuye, la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, establece en su artículo 34, como intervenciones públicas que podrán ser ejercidas por las autoridades sanitarias competentes sobre las actividades públicas y privadas que directa o indirectamente puedan tener consecuencias para la salud, la de «establecer prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de bienes y productos cuando supongan un perjuicio o amenaza para la salud», y en el artículo 34, referente a las intervenciones públicas sobre actividades, centros y bienes, establece en el apartado 7 «controlar la publicidad y propaganda de productos y actividades que puedan tener incidencia sobre la salud, a fin de ajustarla a criterios de veracidad y evitar lo que pueda constituir un perjuicio para la misma».

Además, la Ley 26/1984, de 19 de julio, general para la defensa de los consumidores y usuarios, determina como derecho básico la protección contra los riesgos que puedan afectar a su salud o seguridad, especificando que los derechos de los consumidores y usuarios serán protegidos prioritariamente cuando guarden relación directa con los productos de consumo común. El artículo 30.1.4 del Estatuto de autonomía de Galicia establece como competencias básicas el «comercio interior, defensa del consumidor y usuario, sin perjuicio de la política general de precios y de la legislación sobre la defensa de la competencia».

Es preciso señalar también que el artículo 27.22 del Estatuto de autonomía establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Galicia la competencia exclusiva en lo

referente a la adecuada utilización del ocio. En este marco, la Ley orgánica 16/1995, de 27 de diciembre, de transferencia de competencias a la Comunidad Autónoma de Galicia, transfiere la competencia exclusiva en materia de espectáculos públicos, sin perjuicio de la competencia estatal sobre seguridad pública. Mediante el Real decreto 336/1996 se traspasan las funciones y por el Decreto 336/1996 la Comunidad Autónoma asume las funciones y servicios transferidos.

Asimismo, el artículo 27.31 del Estatuto de autonomía de Galicia atribuye a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de publicidad, sin perjuicio de las normas dictadas por el Estado para sectores y medios específicos con arreglo a los ordinales 1.º, 6.º y 8.º del número 1 del artículo 149 de la Constitución.

Es preciso señalar también la competencia autonómica en materia de régimen local, de conformidad con el artículo 27.2 del Estatuto de autonomía, que establece como competencia exclusiva las funciones que sobre el régimen local correspondan a la Comunidad Autónoma al amparo del artículo 149.1.18 de la Constitución y su desarrollo.

Por otra parte, el artículo 25 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases de régimen local, establece que los municipios ejercerán, en los términos de la legislación del Estado y de las comunidades autónomas, competencias sobre la protección de la salud pública y prestación de los servicios sociales y de promoción e inserción social.

Aunque las competencias en el abordaje de las conductas adictivas están mayoritariamente residenciadas en el ámbito político, administrativo y territorial de las comunidades autónomas, las administraciones locales tienen también conferido un importante papel, fundamentalmente en el área de la prevención. Para reforzar estas actuaciones, se incluye en la ley la posibilidad de que utilicen instrumentos de verificación del cumplimiento normativo, así como de corrección de las desviaciones, dando competencias sancionadoras.

La Ley 13/2006, de 27 de diciembre, de horarios comerciales de Galicia, precisa que, por razones de orden público, los ayuntamientos podrán acordar, de manera singularizada, imponer a los establecimientos comerciales que incluyan en su oferta bebidas alcohólicas la prohibición de expender este tipo de bebidas desde las 22,00 horas hasta las 9,00 horas del día siguiente. Esta ley ha supuesto un importante avance respecto a la situación precedente, al dar a los ayuntamientos una importante herramienta para afrontar esta problemática social. Sin embargo, desde un punto de vista de protección de la salud se hace necesario completar esta legislación a la vista de los nuevos problemas de consumo existentes en la población juvenil.

3

En vista de todo lo expuesto, es competencia de la Comunidad Autónoma de Galicia y resulta necesaria una nueva ley que pueda dar respuestas desde las administraciones y la sociedad en su conjunto a los nuevos retos que se plantean en el consumo abusivo e indebido de bebidas alcohólicas.

El presente texto legal consta de 39 artículos, distribuidos en un título preliminar y tres títulos, además de una disposición adicional, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El título preliminar contempla disposiciones generales relativas al objeto y ámbito de la norma, las definiciones legales y los principios rectores de la misma.

El título I se dedica a la prevención del consumo de alcohol a menores de edad. Contempla en su capítulo I las medidas de prevención y su concepto, las orientadas a la disminución de la demanda, los ámbitos prioritarios de prevención, la prevención en los ámbitos escolar, familiar, comunitario y sanitario. El capítulo II trata sobre las limitaciones de la oferta de bebidas alcohólicas a los menores de edad, relativas tanto al consumo, venta y suministro como a la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas, o al acceso de los menores de edad a los locales en los cuales se consume alcohol.

El título II se refiere a los instrumentos de intervención para garantizar las actuaciones en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad. Este título se divide en tres capítulos. El capítulo I versa sobre información y control y contempla las previsiones en materia de sistema de información y sobre inspección. El capítulo II se refiere

a la financiación y el capítulo III (dividido en tres secciones) contempla el régimen de infracciones y sanciones.

El título III contempla las previsiones relativas a la planificación, así como la coordinación y participación social, que incluyen aspectos como la determinación de los distintos niveles competenciales o el papel de las organizaciones no gubernamentales y entidades sociales en la materia que nos ocupa.

Concluyen el texto una disposición adicional, que habilita para la actualización periódica de las cuantías de las sanciones; una disposición transitoria, para la adaptación de los contratos en materia de publicidad y patrocinio celebrados antes de la entrada en vigor de la presente ley; una disposición derogatoria, que afecta a las disposiciones de igual o inferior rango contrarias a lo dispuesto en la presente ley, y cuatro disposiciones finales, sobre el desarrollo y entrada en vigor.

La presente ley se promulgará bajo el más estricto respeto a la autonomía municipal y al actual marco normativo que habilita a los ayuntamientos para regular, mediante las oportunas ordenanzas, la protección del medio ambiente, la prohibición de venta de alcohol fuera de los establecimientos que tengan licencia para ello, la limpieza en los lugares públicos o el control de los límites de emisión de ruidos.

La presente ley fue sometida al preceptivo dictamen del Consejo Económico y Social.

Por todo lo expuesto, el Parlamento de Galicia aprobó y yo, de conformidad con el artículo 13.2 del Estatuto de Galicia y con el artículo 24 de la Ley 1/1983, de 23 de febrero, reguladora de la Xunta y de su Presidencia, promulgo en nombre del Rey, la Ley de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

La presente ley tiene por objeto regular, en el marco de las competencias que la Comunidad Autónoma de Galicia tiene atribuidas estatutariamente, las actuaciones e iniciativas en el ámbito de la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, en especial las encaminadas a:

a) Definir las características que habrán de tener las estrategias de prevención de consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, de educación sanitaria y de concienciación, social y de las familias, del grave problema generado por el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.

b) Limitar el acceso de los menores de edad a las bebidas alcohólicas.

c) Ejercer el control administrativo de esta restricción al consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, que aborde tanto la venta y el suministro como el propio consumo por menores de edad, en vías públicas o establecimientos.

d) Establecer limitaciones a determinadas prácticas de publicidad, promoción y patrocinio del consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

e) Establecer el régimen sancionador.

f) Establecer el sistema de información sobre resultados de la aplicación de la norma.

g) Establecer limitaciones horarias a la venta nocturna de bebidas alcohólicas.

h) Establecer medidas de control de la administración en espacios de dominio público.

Artículo 2. *Ámbito territorial.*

Las disposiciones contenidas en la presente ley serán de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que se realicen dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Artículo 3. *Definiciones.*

A los efectos de la presente ley, se entenderá por:

a) A los efectos de la presente ley, en consonancia con el artículo 12 de la Constitución, se entiende por menor de edad el menor de 18 años.

b) Abuso: Consiste en un patrón de desadaptación del consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con ese consumo. Puede implicar intoxicaciones o provocar situaciones que impliquen para la persona riesgo físico, psíquico o social.

c) Bebidas fermentadas: Son aquellas bebidas naturales elaboradas exclusivamente a partir de la fermentación de alimentos como la uva, los cereales, los frutos carnosos o las bayas. Son características de este grupo el vino, la cerveza y la sidra, oscilando su graduación alcohólica entre 1,2º y 14º.

d) Bebidas alcohólicas espirituosas o destiladas: Son todas aquellas bebidas obtenidas por destilación de productos fermentados, por maceración en alcohol etílico o por adición de aromas, azúcares u otros productos edulcorantes al alcohol etílico o destilados, o las mezclas de las mismas entre sí o con otras bebidas, para obtener mayores concentraciones de alcohol, superando los 15º.

e) Centro docente: A los efectos de aplicación de la presente ley, se entenderá por tal el centro educativo que imparta educación primaria y secundaria y otras enseñanzas de nivel equivalente para menores de edad.

f) Centro destinado a menores de edad: Centros donde se realicen actividades cuyos principales espectadores, asistentes o usuarios sean menores de edad. Quedan comprendidos los centros de actividades recreativas destinadas a los menores de edad contemplados en el apartado 2.2 del anexo del Decreto 160/2005, de 2 de junio, por el que se modifica el Decreto 292/2004, por el que se aprueba el Catálogo de espectáculos públicos y actividades recreativas de la Comunidad Autónoma de Galicia, así como los que tengan sesiones para menores de edad.

g) Se entenderán por establecimientos destinados a actividades de ocio y entretenimiento, salas de fiestas, de baile y discotecas, los definidos en el apartado 2.6 del anexo del Decreto 160/2005, de 2 de junio, por el que se modifica el Decreto 292/2004, que aprueba el Catálogo de espectáculos públicos y actividades recreativas de la Comunidad Autónoma de Galicia.

h) Espacio de dominio público: Conjunto de bienes y derechos de titularidad pública, no poseídos de forma privativa, destinados al uso público, como las plazas y caminos públicos.

i) Horario nocturno: De acuerdo con la Ley 13/2006, de 27 de diciembre, de horarios comerciales de Galicia, o norma que la modifique o sustituya, se entenderá por horario nocturno el comprendido entre las 22 horas y las 9 horas del día siguiente.

j) Patrocinio: Cualquier tipo de contribución, pública o privada, a un acontecimiento, una actividad o un individuo cuyo objetivo o efecto directo o indirecto sea la promoción del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad.

k) Prevención: Conjunto de actuaciones dirigidas a eliminar, reducir o modificar los factores de riesgo de aparición de los trastornos adictivos o a potenciar los factores de protección con la finalidad de evitar que se produzcan estos trastornos.

l) Publicidad: Toda forma de comunicación realizada por una persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, industrial, artesanal o profesional, con el fin de promover de forma directa o indirecta la contratación de bienes muebles o inmuebles, servicios, derechos y obligaciones.

m) Publicidad directa: Aquella que, cualquiera que sea el medio en el que se difunda, promueva el consumo o invite o induzca de manera inequívoca al mismo.

n) Publicidad encubierta: La presentación de los bienes, servicios, nombre, marca o actividades de un productor de mercancías o un prestador de servicios en programas en que tal presentación tenga, de manera intencionada, propósito publicitario y pueda inducir al consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad. Una presentación se considerará intencionada, en particular, cuando se haga a cambio de una remuneración o un pago similar.

No obstante lo anterior, no se entenderá publicidad encubierta aquella presentación que revele al público el hecho del patrocinio, no afecte a la responsabilidad e independencia editorial del prestador de servicios de medios y no anime directamente a la compra o arrendamiento de los bienes y servicios objeto de presentación.

ñ) Publicidad indirecta: Aquella que, sin mencionar directamente los productos, utilice marcas, símbolos, grafismos u otros rasgos distintivos de tales productos o de empresas que, en sus actividades principales o conocidas, incluyan la producción o comercialización de los mismos.

o) Promoción: Todo estímulo de la demanda de productos, como anuncios, publicidad y actos especiales, entre otros, destinados a atraer la atención y suscitar el interés de los consumidores.

p) Promoción del consumo abusivo: Estímulo de la demanda, susceptible de generar un consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que puede interferir con la salud física o mental del individuo y con sus responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales.

q) Publicidad subliminal: La que mediante técnicas de producción de estímulos de intensidad fronteriza con los umbrales de los sentidos o análogas pueda actuar sobre el público destinatario sin ser conscientemente percibida.

r) Recintos o locales destinados a espectáculos públicos y actividades recreativas: Los incluidos en el Decreto 160/2005, de 2 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de espectáculos públicos y actividades recreativas de la Comunidad Autónoma de Galicia.

s) Suministro: Abastecimiento de productos o sustancias contemplados en la presente ley, ya sea a título oneroso o gratuito.

t) Trabajo de proximidad: Actividades orientadas hacia la comunidad y emprendidas para tomar contacto con individuos o subpoblaciones de especial riesgo, a las cuales normalmente no llegan los cauces tradicionales de fomento de estilos de vida saludables.

u) Venta: Toda transmisión onerosa en la cual el comprador o compradora adquiera productos contemplados en la presente ley, incluidas las realizadas con las nuevas tecnologías y por medio de máquinas automáticas.

v) Trabajos o actividades en beneficio de la comunidad: Prestación de la cooperación personal no retribuida en determinadas actividades de utilidad pública con interés social y valor educativo tendentes a servir de reparación para la comunidad perjudicada por la previa comisión de una conducta contraria a las normas vigentes y no supeditada al logro de intereses económicos o recompensas inmediatas.

Artículo 4. *Principios rectores de la ley.*

La presente ley tiene como principios rectores los siguientes:

a) La participación activa de la comunidad, muy especialmente organizaciones juveniles, y los sectores afectados en la planificación y ejecución de las actuaciones en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.

b) La integración y coordinación de las actuaciones en materia de prevención de todas las administraciones públicas gallegas.

c) La promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo por parte de menores de edad, así como la modificación de actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a la problemática vinculada a estos comportamientos.

d) Las diferentes intervenciones planificadas habrán de estar basadas en la evidencia científica disponible.

e) La consideración prioritaria de las políticas y actuaciones preventivas en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.

f) El principio de corresponsabilidad social ha de impregnar la coordinación de las actuaciones sobre la problemática asociada al consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad.

g) Las actuaciones sanitarias en materias objeto de la presente ley responderán a los principios rectores que, para todo el sistema público de salud de Galicia, se enuncian en el artículo 32 de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.

TÍTULO I

Prevención del consumo de alcohol en menores de edad

CAPÍTULO I

Medidas de prevención

Artículo 5. *Concepto de medidas de prevención.*

a) La prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad tendrá como objetivo principal evitar los casos de trastornos adictivos y de consumos indebidos y abusivos, retrasando las edades de inicio de consumo.

b) La prevención tendrá por objetivos específicos la reducción de la demanda y la regulación de la disponibilidad.

c) La prevención combinará su carácter educativo, orientado a la disminución de la demanda a través de la modificación de actitudes y hábitos, con la protección de la salud orientada a la disminución de la oferta, a través de la modificación de entornos que faciliten la adopción de esos hábitos saludables, y al establecimiento de limitaciones a ciertas actividades que pueden favorecer el inicio de los consumos.

d) Las medidas de prevención consistirán en la aplicación de estrategias globales y equilibradas de intervención sobre los factores de riesgo y de protección, tanto psicológicos y conductuales como familiares, sociales y ambientales que inciden en la aparición de consumos abusivos e indebidos, de tal modo que se aumente la percepción de riesgo en la población respecto al consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.

e) Las medidas de prevención se harán de forma coordinada, tanto a nivel autonómico como local, nacional, comunitario europeo e internacional, y tendrán un carácter estable y evaluable.

Artículo 6. *Medidas de prevención orientadas a la disminución de la demanda.*

1. Las medidas de prevención para la disminución de la demanda son aquellas actuaciones que tienen por objetivo la modificación de la conducta hacia el consumo mediante la educación, asesoramiento, consejo, información u otras metodologías.

2. Las administraciones públicas y entidades que planifiquen, diseñen y ejecuten medidas de prevención para la disminución de la demanda habrán de tener presente:

a) Las actuaciones en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad desarrolladas por las administraciones públicas en Galicia, con o sin la colaboración de entidades e instituciones privadas, se enmarcarán en un ámbito general de promoción de la salud y calidad de vida, prestando especial atención a las situaciones de vulnerabilidad.

b) El ámbito prioritario de la prevención será poblacional, mediante actuaciones programáticas que incidan principalmente sobre los determinantes asociados a la aparición del consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

c) Los programas preventivos habrán de ser específicos para la edad de los destinatarios, apropiados a su desarrollo y sensibles con las diferentes culturas.

d) Las actuaciones prioritarias de estos programas consistirán en ofrecer información y asesoramiento y fundamentalmente elaborar e implementar estrategias educativas en prevención de conductas de riesgo por menores, especialmente de conductas de consumo de alcohol, contando con todas las instancias implicadas.

e) Se fomentará el apoyo a la constitución de redes de proximidad con la adecuada metodología de trabajo para favorecer que la educación para la salud se difunda en cauces que, habitualmente, son difíciles de abordar.

f) Se desarrollarán protocolos de evaluación adecuados para determinar la adecuación de las medidas a los fines para los cuales estén diseñadas, contando con la participación social de todos los agentes implicados.

g) Se promoverá la adopción y aplicación de criterios de calidad, según estándares internacionales que serán establecidos y definidos por el departamento de la Xunta competente en materia de sanidad.

h) Se fomentará la colaboración y el intercambio de información, a nivel nacional e internacional, que facilite la implantación de acciones preventivas.

i) Los programas de prevención habrán de incorporar entre sus objetivos el incremento de la percepción de los riesgos asociados al consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.

j) Se ampliará y mejorará la formación continuada de los servicios y equipos de prevención.

3. Deberán realizarse los análisis de situación, utilizando la información científica disponible, para seleccionar las medidas preventivas de intervención más adecuadas.

Artículo 7. *Ámbitos prioritarios de prevención.*

Los ámbitos prioritarios de prevención para la disminución de la demanda son:

a) Ámbito escolar.
b) Ámbito familiar.
c) Ámbito comunitario.
d) Ámbito sanitario.

Las medidas que se establezcan en los planes de actuación que las administraciones promuevan para la modificación de conductas de riesgo de consumo de alcohol habrán de ser transversales y tener en consideración los cuatro ámbitos.

Artículo 8. *La prevención en el ámbito escolar.*

Los programas, actuaciones o medidas de prevención en este ámbito habrán de tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Promover la implicación del conjunto de la comunidad escolar.

2. Integrar la educación para la salud como parte del proyecto educativo de los centros, concibiéndola de un modo transversal y complementándola con intervenciones intensivas sobre grupos especialmente vulnerables.

3. Contemplar actuaciones continuadas en el tiempo y estables, adaptándose a cada nivel educativo.

4. Contemplar mecanismos de coordinación e integración de las acciones de las distintas administraciones y organizaciones implicadas, con el objetivo de desarrollar materiales de apoyo para el profesorado y el alumnado, con un alto nivel de calidad.

5. Contemplar el desarrollo de programas específicos de formación continuada del profesorado en esta materia, técnicas de detección y programas preventivos específicos para alumnado de especial vulnerabilidad, y programas de adiestramiento en habilidades personales, sociales y de resistencia a la influencia negativa ejercida por el grupo de iguales.

6. Los centros docentes incluirán en sus planes actividades complementarias para el fomento de hábitos de vida saludables y de disuasión del consumo de alcohol.

Artículo 9. *La prevención en el ámbito familiar.*

Los programas, actuaciones o medidas de prevención en este ámbito habrán de tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Fomentar la participación de las familias, dada su importancia como agentes de salud.

2. Potenciar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, aumentando su capacidad para prevenir el consumo y resolver los problemas derivados, así como para la mejora de la cohesión y el apego familiar, velando especialmente por el mantenimiento de actitudes correctas.

3. Dar prioridad al trabajo preventivo con las familias multiproblemáticas y con las de los menores de edad considerados de especial vulnerabilidad.

4. Contemplar mecanismos de coordinación entre los ámbitos educativo, de servicios sociales, de menores de edad y sanitario.

Artículo 10. *La prevención en el ámbito comunitario.*

Los programas, actuaciones o medidas de prevención en este ámbito habrán de tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Procurar el refuerzo de los mensajes y normas de la comunidad en contra del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad y en pro de la salud.
2. Fomentar el trabajo de proximidad y el establecimiento de redes de cooperación entre los organismos que lo realicen con otros contextos donde haya programas de prevención de trastornos adictivos.
3. Promover la capacitación de mediadores sociales.
4. Incluir el desarrollo de campañas de información y sensibilización social como refuerzo de otras acciones e iniciativas en relación con los medios de comunicación social.
5. Fomentar la implicación de los ayuntamientos y el papel de los mismos en las acciones de ámbito comunitario.
6. Potenciar entre las diferentes administraciones públicas una política global de alternativas al consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad actuando en los ámbitos cultural, deportivo y social e impulsando servicios socioculturales, actividades de ocio y tiempo libre y promoción del deporte.

Para ello, se establecerán cauces de diálogo y participación con la comunidad destinataria y restantes agentes implicados, a fin de determinar las actuaciones a desarrollar y construir una cultura de ocio alternativa adaptada a la demanda y necesidades reales.

7. Establecer acciones para combatir actitudes favorables o tolerantes hacia el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad.
8. Contemplar estrategias preventivas de reducción de riesgo dentro de los programas de ocio saludable o alternativo.
9. Estimular acciones en relación con los medios de comunicación social.
10. Promover el asociacionismo.

Artículo 11. *La prevención en el ámbito sanitario.*

Los programas, actuaciones o medidas de prevención en este ámbito habrán de tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Implicar a los profesionales sanitarios, principalmente en atención primaria, dada su importancia como agentes de salud.
2. Elaborar protocolos que permitan el diagnóstico precoz de consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad y establecer el desarrollo de materiales preventivos de apoyo a los profesionales.
3. Potenciar los programas de formación continuada específicos en esta materia para los profesionales de atención primaria de la salud.
4. Elaborar un protocolo de coordinación de asistencia sanitaria para la atención a menores de edad por intoxicación etílica en orden a prever posibles trastornos adictivos.

CAPÍTULO II

Limitaciones de la oferta de bebidas alcohólicas a los menores de edad

Artículo 12. *Limitaciones al consumo, venta y suministro.*

1. Queda expresamente prohibido el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad.
2. Queda expresamente prohibida la venta y suministro de bebidas alcohólicas a menores de edad.
3. Queda expresamente prohibida la venta, suministro o consumo de bebidas alcohólicas en los centros docentes para menores de edad, en los recintos y espacios destinados a la celebración y seguimiento de actividades deportivas, en el momento en el que los deportistas o practicantes sean mayoritariamente menores de edad, y en los centros destinados a menores de edad.

4. Queda expresamente prohibida la venta y suministro a menores de edad de cualquier producto que imite los envases de bebidas alcohólicas.

Artículo 13. *Venta y suministro a través de máquinas expendedoras.*

1. Las máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas habrán de incorporar los mecanismos técnicos adecuados que permitan impedir el acceso a las mismas de las personas no autorizadas al consumo.
2. Las máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas solo podrán ubicarse en el interior de locales, centros o establecimientos en los cuales no esté prohibido su consumo, en un lugar que permita la vigilancia directa y permanente de su uso por parte del titular del local o de sus trabajadores.
3. Las máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas no podrán ubicarse en las áreas anexas o de acceso previo a los locales, como son las zonas de cortavientos, pórticos, pasillos de centros comerciales, vestíbulos, distribuidores, escaleras, soportales o lugares similares que puedan ser parte de un inmueble pero no constituyen propiamente el interior del mismo.

Artículo 14. *Información sobre las limitaciones.*

1. En todos los establecimientos en los cuales se vendan o suministren, de cualquier modo, bebidas alcohólicas, se informará de las prohibiciones especificadas en los apartados 1 y 2 del artículo 12. Dicha información se realizará mediante anuncios o carteles de carácter permanente, fijados de manera visible, en gallego y castellano. Las características de estas señalizaciones serán fijadas reglamentariamente.
2. Los responsables de cualquier establecimiento de los contemplados en el apartado anterior adoptarán las medidas necesarias de control para evitar la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, que habrán de conocer todos los trabajadores, preferentemente por escrito.
3. En la superficie frontal de las máquinas figurará, de forma clara y visible, en gallego y castellano, una advertencia sobre la prohibición de su uso para los menores de edad. Las características de dicha señalización serán fijadas reglamentariamente.

Artículo 15. *Limitaciones de la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas.*

1. Queda prohibida cualquier campaña, sea como actividad publicitaria o no, dirigida a menores de edad y la que induzca, directa o indirectamente, al consumo de bebidas alcohólicas por los mismos.
2. Queda prohibida la utilización de imágenes o voces de menores de edad en los soportes publicitarios, de promoción y de patrocinio de bebidas alcohólicas.
3. Queda prohibido el uso de argumentos, estilos, tipografías o diseños asociados a los menores de edad en los soportes publicitarios, de promoción y de patrocinio de bebidas alcohólicas.
4. Queda prohibida en la publicidad, promoción y patrocinio la asociación del consumo de bebidas alcohólicas con cualquier mejora del rendimiento físico o psíquico o mejoras del rendimiento deportivo, con la conducción de vehículos o manejo de armas, con el potencial éxito personal o social o con la mejora en la resolución de conflictos. Tampoco podrá asociarse este consumo a prácticas educativas y sanitarias o a la mejora del rendimiento deportivo.
5. Queda prohibida toda clase de publicidad directa, indirecta o subliminal de bebidas alcohólicas:

a) En los centros docentes para menores de edad.
b) En los centros destinados para menores de edad.
c) En todos aquellos centros a los que tengan acceso mayoritariamente los menores de edad.
d) En los recintos o locales destinados a espectáculos públicos y actividades recreativas durante las actividades en las que el acceso o participación sea mayoritariamente de menores de edad.

e) En las publicaciones de libros, revistas, folletos o cualquier otro impreso o formato digital editados en Galicia cuando sean dirigidos a menores de edad.

f) En las cubiertas exteriores, portada y contraportada de libros, revistas, folletos o cualquier otro impreso o formato digital editados en Galicia. También en las portadas y contraportadas, secciones de pasatiempos de revistas, folletos o cualquier otro impreso o formato digital editados en Galicia. Queda exceptuada esta prohibición en las publicaciones especializadas o dirigidas a profesionales.

6. La Administración autonómica promoverá la celebración de acuerdos de autocontrol y autolimitación de la publicidad de bebidas alcohólicas en el ámbito de las empresas, productores o sus asociaciones, distribuidoras de dichos productos, así como con los anunciantes, agencias y medios de publicidad que operen en su territorio, en orden a lograr los objetivos de la presente ley.

7. En las actividades de promoción y/o patrocinio no podrán ofrecerse bebidas alcohólicas a menores de edad. Se prohíbe igualmente la entrega a menores de edad de bienes o servicios relacionados exclusivamente con bebidas alcohólicas o hábitos de su consumo, y aquellos que lleven marcas, símbolos o distintivos que puedan identificar una bebida alcohólica.

8. No está permitida la promoción de bebidas alcohólicas mediante la distribución de información por buzoneo, correo, teléfono o correo electrónico en el ámbito de la Comunidad Autónoma dirigida específicamente a menores de edad.

9. Queda prohibido el acceso y las visitas de menores de edad a los centros de producción de bebidas alcohólicas, ferias, certámenes, exposiciones, muestras y actividades similares, de promoción de bebidas alcohólicas, salvo que estén acompañados de mayores con responsabilidad sobre los mismos.

10. No podrá realizarse promoción de bebidas alcohólicas dirigidas específicamente a menores de edad.

11. Queda prohibido cualquier tipo de patrocinio o financiación de programas, espacios, páginas o servicios con los distintivos de bebidas alcohólicas en actividades –deportivas, educativas, recreativas o espectáculos públicos– dirigidas o en las cuales participen mayoritariamente menores de edad.

12. Queda prohibido cualquier tipo de promoción que pueda inducir al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, especialmente las que puedan inducir al mismo por rebaja de sus precios en el interior de los establecimientos donde esté autorizada su venta para el consumo en el propio local.

13. Queda prohibida la venta de alcohol entre las 22,00 y las 9,00 horas del día siguiente.

Quedan excluidas de la prohibición anterior la venta para el consumo en los propios establecimientos autorizados, la venta electrónica, la venta para la distribución a profesionales y la venta en los mercados de abastos, en sus horarios autorizados.

Artículo 16. *Limitaciones al acceso de menores de edad a locales.*

1. Con carácter general, queda prohibida la entrada de los menores de edad en salas de fiestas, de baile o discotecas, salvo que estén acompañados de mayores de edad con responsabilidad sobre los mismos.

2. Excepcionalmente, estos locales podrán disponer de sesiones especiales para mayores de 14 años, con horarios y señalización diferenciadas, sin que pueda tener continuidad ininterrumpida con aquellas sesiones en las que se produzca la venta de bebidas alcohólicas, retirándose de los locales, durante estas sesiones especiales, la exhibición y publicidad de este tipo de bebidas.

TÍTULO II

Instrumentos de intervención para garantizar las actuaciones en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad

CAPÍTULO I

Información y control

Artículo 17. *Sistema de información.*

1. El departamento de la Xunta de Galicia competente en materia de sanidad establecerá un sistema de información sobre el consumo de bebidas alcohólicas en menores. Este sistema habrá de recabar, procesar, analizar y difundir información sobre los factores de riesgo y protectores, sobre la incidencia y prevalencia de estos comportamientos, sobre las actuaciones en materia de prevención y sobre los centros y programas.

2. La Xunta de Galicia desarrollará reglamentariamente el sistema de información sobre consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad de Galicia, que habrá de estar integrado en el sistema de información de salud de Galicia definido en el artículo 71 de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.

3. El sistema de información sobre consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad procurará tener en cuenta las recomendaciones de organismos internacionales.

4. El sistema de información también habrá de definir y recabar la información que permita conocer y estudiar los progresos y avances en la consecución de los objetivos marcados.

5. El sistema tendrá presente toda la regulación que garantiza el derecho a la confidencialidad de los datos que se manejen.

6. El sistema contará con un mecanismo de evaluación continuada que permita la detección precoz de las desviaciones y genere acciones correctoras que garanticen la eficacia final de las medidas y permitan su adecuación a nuevas necesidades o diferentes escenarios de intervención que puedan surgir.

7. El sistema habrá de facilitar información a las partes interesadas que permita orientar y mejorar sus actuaciones.

8. La gestión del sistema de información sobre consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad estará asignado a la unidad del departamento de la Xunta de Galicia competente en materia de sanidad que ejerza las competencias de salud pública.

Artículo 18. *Inspección.*

1. En el ámbito de sus respectivas competencias, las administraciones públicas ejercerán funciones de inspección y control del cumplimiento de las actuaciones definidas en la presente ley.

2. El ejercicio de las funciones inspectoras en materia sanitaria se realizará en los términos previstos en la Ley 8/2008, de salud de Galicia, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

3. Los hechos constatados por los funcionarios o personal al servicio de las administraciones públicas que actúen en el ejercicio de sus funciones de inspección en el marco de la presente ley serán formalizados en documento público, que gozará de la presunción de veracidad.

4. Los funcionarios o personal al servicio de las administraciones públicas que actúen en el ejercicio de las funciones de inspección en el marco de la presente ley, y acreditando su identidad, estarán autorizados para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en cualquier centro, servicio o establecimiento sujeto a la presente ley.

b) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de la presente ley y de las normas que se dicten para el desarrollo de la misma.

c) Realizar las pruebas reglamentariamente establecidas para determinar el grado de intoxicación alcohólica de los menores de edad que estén consumiendo en lugares públicos.

d) Realizar cuantas actuaciones sean necesarias para el cumplimiento de las funciones de inspección que ejerzan.

5. En los supuestos contemplados en los apartados anteriores podrán acordarse las medidas provisionales habilitadas legalmente sobre las bebidas, envases o demás elementos objeto de la prohibición, así como otros materiales o medios empleados. Las bebidas intervenidas podrán ser destruidas por razones higiénico-sanitarias.

6. Las administraciones públicas promoverán acuerdos de colaboración para optimizar el uso de recursos públicos y asegurar la coherencia de las actuaciones.

CAPÍTULO II

Financiación

Artículo 19. *Financiación.*

Los ingresos que se produzcan por la imposición de sanciones tipificadas en la presente ley podrán quedar afectos y generarán un crédito por la misma cuantía en las dotaciones presupuestarias específicas destinadas a la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad y a la financiación de programas municipales de ocio para la juventud.

CAPÍTULO III

Régimen sancionador

Sección 1.ª De las infracciones

Artículo 20. *Disposiciones generales.*

1. Constituye infracción administrativa toda acción u omisión tipificada en los artículos 22 y siguientes de la presente ley.

2. En el supuesto de que, una vez practicadas las diligencias de investigación oportunas tendentes a individualizar al infractor o infractores, no sea posible determinar el grado de participación de los diversos sujetos que hubieran intervenido en la comisión de la infracción, la responsabilidad será solidaria.

Artículo 21. *Clasificación de las infracciones.*

Las infracciones administrativas de lo establecido en la presente ley se califican como leves, graves o muy graves.

Artículo 22. *Infracciones leves.*

Constituyen infracciones leves:

1. El consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, siempre y cuando se produzca por primera vez.

2. La venta y suministro a menores de edad de cualquier producto que imite los envases de bebidas alcohólicas, siempre y cuando se produzca por primera vez.

3. El incumplimiento de las estipulaciones de información sobre las limitaciones contempladas en el artículo 14, siempre y cuando se produzca por primera vez.

4. El incumplimiento de la prohibición del acceso y las visitas de menores de edad contemplada en el apartado 4 del artículo 15, siempre y cuando se produzca por primera vez.

5. La obstrucción de la labor inspectora mediante cualquier acción u omisión que perturbe o retrase la misma.

6. Todas aquellas que se cometan por simple negligencia y no conlleven un perjuicio directo para la salud individual o colectiva.

7. El mero atraso en el cumplimiento de las obligaciones de información, comunicación o comparecencia a requerimiento de la autoridad competente.

8. Cualesquiera otros incumplimientos de las disposiciones de la presente ley que no se tipifiquen como infracciones graves o muy graves.

Artículo 23. *Infracciones graves.*

Constituyen infracciones graves:

1. El incumplimiento de las limitaciones al consumo, venta y suministro contempladas en los apartados 2 y 3 del artículo 12 de la presente ley.
2. El incumplimiento de lo previsto en el artículo 13 de la presente ley, referente a la venta y suministro a través de máquinas expendedoras.
3. El incumplimiento de las prohibiciones y limitaciones contempladas en el artículo 15 de la presente ley, referente a la limitación de la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas.
4. El incumplimiento de lo previsto en el artículo 16 de la presente ley, referente a la limitación de acceso de menores de edad a locales.
5. El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas preventivas o definitivas que formulen las autoridades, siempre que se produzcan por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.
6. La negativa a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades o sus agentes en el desarrollo de las labores de inspección o control.
7. Las acciones u omisiones que perturben, obstruyan o impidan de manera grave el desempeño de la actividad inspectora y de control de la administración, así como las ofensas graves a las autoridades y agentes encargados de la misma.
8. El incumplimiento, por negligencia grave, de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones establecidas en la vigente legislación en materia 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 simple negligencia, produzcan riesgo o alteración sanitaria grave. A los efectos de este apartado, constituirá un supuesto de negligencia la omisión del deber de control o la falta de los controles o precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.
9. La comisión por negligencia de las conductas tipificadas como infracción muy grave cuando el riesgo o la alteración sanitaria producida sean de escasa entidad.
10. La reincidencia en la comisión de infracciones leves en los últimos tres meses.
11. Las actuaciones tipificadas en los artículos precedentes que, con arreglo al grado de concurrencia con los elementos a los que se refiere el artículo 26, merezcan la calificación de faltas graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.
12. Las faltas leves que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves o puedan servir para facilitarlas o encubrirlas.

Artículo 24. *Infracciones muy graves.*

Constituyen infracciones muy graves:

1. El incumplimiento de las medidas preventivas o definitivas que se adopten por las autoridades sanitarias competentes cuando se produzcan de forma reiterada o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.
2. La resistencia, coacción, amenaza o represalia, el desacato o cualquier forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes en el ejercicio de su actividad.
3. El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, o cualquier comportamiento doloso, siempre que ocasionen alteración, daños o riesgo sanitario grave.
4. La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.
5. Las actuaciones tipificadas en los artículos precedentes que, con arreglo al grado de concurrencia de los elementos a los que se refiere el artículo 24, merezcan la calificación de faltas muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.
6. Las faltas graves que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves o que hayan servido para facilitar o encubrir la comisión de las mismas.

7. El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que se formulen por las autoridades sanitarias.

8. La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección y control.

Artículo 25. *Responsables.*

1. De las diferentes infracciones será responsable la persona física o jurídica que cometiese los hechos tipificados como tales.

2. También serán responsables de las infracciones aquellas personas que, aprovechando su condición de mayoría de edad, adquiriesen y posteriormente suministrasen el alcohol a menores.

3. Asimismo, y en función de las distintas infracciones, también serán responsables de las mismas los titulares de las entidades, centros, locales o establecimientos en los que se cometiese la infracción o, en su ausencia, los empleados que estuviesen a su cargo; el fabricante, cuando se llevase a cabo por su iniciativa, el importador, el distribuidor y el explotador de la máquina expendedora; el beneficiario de la publicidad o promoción, entendiendo por tal tanto al titular de la marca o producto anunciado como al titular del establecimiento o espacio en el que se exhibiese la publicidad, así como, en su caso, la empresa publicitaria y el patrocinador.

4. Cuando la responsabilidad de los hechos cometidos correspondiese a menores de edad, responderán subsidiariamente sus padres y madres, tutores y tutoras y guardadores y guardadoras legales o de hecho, por este orden, en razón del incumplimiento de la obligación impuesta a los mismos de prevenir la comisión de infracciones administrativas que se imputasen a los menores de edad. La responsabilidad subsidiaria vendrá referida a sufragar la cuantía pecuniaria de la multa impuesta.

5. Sin perjuicio de la responsabilidad civil subsidiaria de los padres o madres o tutores por las acciones de los menores de edad que dependiesen de ellos, aquellos serán también responsables directos y solidarios de las infracciones cometidas por los menores de edad, siempre que, por su parte, constase dolo, culpa o negligencia, incluida la simple inobservancia.

Sección 2.ª De las sanciones

Artículo 26. *Criterios para la gradación de las sanciones.*

1. Para la determinación de la cuantía de las sanciones contempladas en la presente ley se tendrá en consideración el principio de proporcionalidad y, en todo caso, los siguientes criterios de gradación:

a) La trascendencia de la infracción.
b) La existencia de intencionalidad.
c) La naturaleza de los perjuicios causados.
d) La reincidencia y la reiteración.
e) La edad de los responsables.
f) El volumen de negocio y los beneficios obtenidos por la conducta.
g) El grado de difusión de la publicidad.

2. Cuando concurriesen más de dos de los criterios de gradación en el comportamiento sancionable de entre los contemplados en el apartado 1 de este artículo, el órgano competente podrá imponer la sanción superior en grado a la prevista. No será apreciada la reincidencia o la reiteración para agravar las sanciones cuando ya hubiera sido tenida en cuenta para tipificar la infracción.

Artículo 27. *Sanciones.*

1. Las infracciones a la presente ley se sancionarán en los grados mínimo, medio o máximo, en atención a la gravedad de la infracción, la naturaleza de los perjuicios causados, el riesgo para la salud y la intencionalidad o reiteración, de la siguiente forma:

a) Infracciones leves:

i) Grado mínimo: Hasta 601,01 €.
ii) Grado medio: De 601,02 a 1.803,04 €.
iii) Grado máximo: De 1.803,05 a 3.005,06 €.

b) Infracciones graves:

i) Grado mínimo: De 3.005,07 a 6.010,12 €.
ii) Grado medio: De 6.010,13 a 10.517,71 €.
iii) Grado máximo: De 10.517,72 a 15.025,30 €.

c) Infracciones muy graves:

i) Grado mínimo: De 15.025,31 a 120.202,42 €.
ii) Grado medio: De 120.202,43 a 360.607,26 €.
iii) Grado máximo: De 360.607,27 a 601.012,11 €.

Las cantidades expresadas pueden exceder hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

2. En los casos de especial gravedad con trascendencia notoria y grave para la salud, el Consello de la Xunta de Galicia podrá acordar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años. En este supuesto podrá imponerse como sanción complementaria la supresión, cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayudas o subvenciones de carácter financiero que el particular o la entidad infractora hubieran obtenido o solicitado de la Administración pública gallega.

Artículo 28. *Destino y sustitución de las sanciones.*

1. La autoridad competente para la imposición de las sanciones podrá decidir, en función de la sanción y su capacidad organizativa, la sustitución, a solicitud del infractor o del representante legal, por la realización de trabajos o actividades en beneficio de la comunidad. Esta sustitución no podrá hacerse en las faltas muy graves.

2. Además, en caso de las sanciones referidas al consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, podrán sustituirse, previa solicitud del menor y conocimiento y aceptación de sus padres, tutores o guardadores y con la compatibilidad con las actividades escolares, por la inclusión del infractor en programas preventivos de carácter formativo o informativo, o de tratamiento, a desarrollar durante un número de sesiones que se establecerán en las normas de desarrollo de la presente ley.

La Xunta de Galicia desarrollará reglamentariamente los criterios básicos de los programas preventivos, que consistirán en la realización de servicios de interés comunitario y/o cursos formativos de comportamiento y concienciación sobre el consumo de alcohol.

3. En todo caso, en las sanciones por el consumo de alcohol por menores de edad, tendrán prevalencia las medidas contempladas en los apartados 1 y 2 de este artículo.

4. En caso de que el infractor rechazase esta medida, será ejecutada la multa correspondiente contemplada en la presente ley para ese tipo de infracciones.

Artículo 29. *Procedimiento de sustitución de las sanciones.*

1. El procedimiento se iniciará cuando el infractor o su representante legal solicitasen la sustitución de la sanción por las medidas establecidas en el artículo anterior, ante el órgano que la haya impuesto.

2. La resolución favorable de la sustitución, que será dictada en un plazo máximo de quince días desde la solicitud, declarará suspendido el plazo de prescripción de la sanción por el tiempo previsto de duración de la medida sustitutoria.

3. Durante el tiempo de duración de la medida sustitutoria, la autoridad competente efectuará el seguimiento que estime oportuno sobre las asistencias y los resultados en las tareas correspondientes.

4. Cuando de la información recabada resultase acreditado que el infractor ha cumplido satisfactoriamente su compromiso, la autoridad competente acordará la remisión de la sanción o sanciones impuestas.

5. El incumplimiento total o parcial de la medida sustitutoria determinará la exigencia de la sanción inicialmente impuesta, salvo que se produjese por causa de fuerza mayor.

Artículo 30. *Competencia sancionadora.*

1. Con carácter general, la competencia para la imposición de sanciones corresponderá a los siguientes órganos:

a) A los alcaldes, para la imposición de sanciones por la comisión de infracciones leves y graves en sus grados mínimo y medio, así como la suspensión de cualquier tipo de ayuda o subvención de carácter financiero que el particular o la entidad infractora hubieran obtenido o solicitado del ayuntamiento, o la revocación de las autorizaciones municipales concedidas.

b) A los jefes territoriales de las consejerías con competencias en la materia, para la imposición de sanciones por la comisión de infracciones graves en su grado máximo.

c) A los titulares de los órganos superiores o directivos de las consejerías con competencias, de conformidad con lo que establezcan los correspondientes decretos de estructura orgánica, para la imposición de sanciones por la comisión de infracciones muy graves en su grado mínimo.

d) Corresponde al Consello de la Xunta de Galicia:

i. Imponer las sanciones previstas por la comisión de infracciones muy graves en sus grados medio y máximo.

ii. Acordar el cierre temporal, por un plazo máximo de cinco años, del establecimiento, instalación o servicio infractor.

iii. Asimismo, podrá imponer la sanción complementaria de supresión, cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayuda o subvención de carácter financiero que el particular o la entidad infractora hubieran obtenido o solicitado de la Administración pública gallega.

2. Por razón de la materia, la competencia sancionadora, en el marco de la Xunta de Galicia, corresponderá a los siguientes órganos:

a) A la consejería responsable en materia sanitaria, las correspondientes a los incumplimientos en materia de publicidad y promoción de bebidas alcohólicas dirigidas a menores de edad en los medios de comunicación y por teléfono o internet.

b) A la consejería responsable en materia educativa, las correspondientes a los incumplimientos en materia de publicidad, promoción o venta de bebidas alcohólicas en los centros docentes.

c) A la consejería responsable en materia de bienestar, las correspondientes a los incumplimientos en materia de publicidad, promoción o venta de bebidas alcohólicas en los centros de menores bajo su ámbito competencial.

d) A la consejería responsable en materia de espectáculos públicos, las correspondientes a los incumplimientos en materia de acceso de menores de edad a locales.

3. Cuando, denunciado un hecho del que tuviese conocimiento la Administración de la Xunta de Galicia, y previo requerimiento al ayuntamiento que resultase competente, el mismo no incoase el oportuno expediente sancionador en el plazo de diez días a partir del requerimiento, la consejería competente podrá iniciar su tramitación con comunicación de la resolución correspondiente al ayuntamiento.

Artículo 31. *Prescripción de infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones y sanciones a las que se refiere la presente ley prescribirán al año las correspondientes a faltas leves, a los tres años las correspondientes a faltas graves y a los cinco años las correspondientes a faltas muy graves.

2. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse a partir del día en el cual se hubieran cometido las mismas, interrumpiéndose desde el momento en el que el procedimiento se dirigiese contra el presunto infractor.

3. Asimismo, el plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquel en el que fuese firme la resolución por la cual se impusiera la sanción.

Sección 3.ª Procedimiento sancionador

Artículo 32. *Incoación del procedimiento sancionador.*

1. El procedimiento sancionador por infracciones tipificadas en la presente ley se iniciará de oficio, por acuerdo del órgano competente adoptado:

a) Por propia iniciativa.
b) Por acta de infracción levantada por la inspección.
c) Por orden superior.
d) Por comunicación de la autoridad u órgano administrativo que tuviese conocimiento de la posible infracción.
e) Por denuncia formulada por organizaciones profesionales del sector, organizaciones de consumidores y usuarios o particulares. A estos efectos, las hojas de reclamaciones tendrán la consideración de denuncia formal.

2. Previamente a la incoación del procedimiento sancionador, el órgano competente para la misma podrá acordar la realización de cuantas actuaciones fuesen necesarias al objeto de determinar con carácter preliminar si concurren circunstancias que justificasen su iniciación.
3. El acuerdo de incoación se comunicará al instructor o instructora, con traslado de cuantas actuaciones se hubieran realizado, notificándose al denunciante y a las personas interesadas en el procedimiento.
4. Tendrán la condición de personas interesadas en los procedimientos sancionadores por infracciones tipificadas en la presente ley, además de los presuntos responsables de las infracciones, las personas directamente perjudicadas por las mismas.

Artículo 33. *Medidas provisionales.*

1. Iniciado el expediente sancionador, el órgano competente podrá adoptar las medidas provisionales o preventivas imprescindibles en orden a asegurar la eficacia de la resolución que pudiese recaer y tendentes a la salvaguarda de la salud, seguridad y protección de las personas, así como a la suspensión o clausura preventiva de servicios, establecimientos y centros o la suspensión de autorizaciones, permisos, licencias y otros títulos expedidos por las autoridades administrativas, en los términos que autorice la legislación vigente.
2. En particular, si los hechos que provocaron la incoación del procedimiento sancionador incumpliesen requisitos normativamente establecidos de forma que se produzca un grave riesgo para la salud, se adoptará como medida provisional, en ambos casos, el cierre del establecimiento o la suspensión de la actividad, si no se hubiera acordado ya la medida antes de la iniciación del expediente en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 34. *Resolución del procedimiento sancionador.*

1. El plazo máximo en el que debe notificarse la resolución del procedimiento sancionador será de un año desde la fecha del acuerdo de incoación. Si transcurriese este plazo sin haberse notificado la correspondiente resolución, se producirá la caducidad del procedimiento en los términos y con los efectos previstos en la legislación del procedimiento administrativo común.
2. Si las conductas sancionadas hubieran causado daños o perjuicios a la administración, la resolución del procedimiento podrá imponer a la persona infractora la reposición a su estado originario de la situación alterada por la infracción, y la indemnización por los daños y perjuicios causados.
3. Si la sanción viniese motivada por la falta de adecuación de la actividad o establecimiento a los requisitos establecidos por la normativa vigente, la resolución sancionadora incluirá un requerimiento, con expresión de plazo suficiente para su cumplimiento, para que la persona sancionada lleve a cabo las actuaciones necesarias para regularizar la situación de la actividad o establecimiento de que es titular.

Artículo 35. *Ejecución de las resoluciones sancionadoras.*

1. La ejecución de las resoluciones sancionadoras, una vez que pongan fin a la vía administrativa, corresponderá al órgano competente para la incoación del procedimiento.

2. En los casos en los que la resolución sancionadora incluyese un requerimiento para que la persona sancionada llevase a cabo las actuaciones necesarias para regularizar la situación de la actividad o establecimiento de que es titular, el órgano competente para la ejecución podrá imponer a la misma multas coercitivas de un 10 % de la cuantía de la sanción máxima fijada para la infracción cometida por cada día que pasase desde el vencimiento del plazo otorgado para el cumplimiento del requerimiento sin que se hayan realizado las actuaciones ordenadas.

Artículo 36. *Principios y procedimiento general.*

En todo lo que no esté previsto en la presente ley y disposiciones que la desarrollen, la tramitación del procedimiento sancionador se ajustará a los principios y procedimiento establecidos con carácter general en la normativa autonómica gallega sobre el ejercicio de la potestad sancionadora y, en su defecto, en la normativa estatal sobre la misma.

TÍTULO III

De la planificación, coordinación y participación social

Artículo 37. *De las competencias de la Administración autonómica.*

1. Corresponde a la Xunta de Galicia el ejercicio de las siguientes competencias:

a) El establecimiento de la política en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad en la Comunidad Autónoma de Galicia.
b) La aprobación de las estructuras administrativas en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, así como su organización y régimen de funcionamiento.
c) El ejercicio de la potestad sancionadora a través de las consejerías competentes por razón de la materia, en los términos previstos en la presente ley.
d) La adopción, en colaboración con otras administraciones públicas, de todas aquellas medidas que fuesen precisas para asegurar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

2. Dentro de la estructura de la Xunta de Galicia, corresponde a la Consejería de Sanidad:

a) La cooperación o colaboración general con las administraciones públicas, entidades privadas e instituciones en las actuaciones en materia de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.
b) El establecimiento y gestión del sistema de información sobre consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.

Artículo 38. *De las competencias de la Administración local.*

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye y en el marco de las mismas, en relación con el objeto de la presente ley definido en su artículo 1, corresponde a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Galicia, en su ámbito territorial:

a) La determinación de los criterios que regulen la ubicación y requisitos que habrán de reunir los establecimientos donde se suministren, vendan, dispensen o consuman bebidas alcohólicas, así como la vigilancia y control de los mismos.
b) Los criterios y condiciones de autorización de consumo de bebidas alcohólicas por adultos en los espacios de dominio público bajo su ámbito competencial y la celebración de acuerdos con otras administraciones para el cumplimiento de dichos criterios y condiciones en los espacios de dominio público bajo su competencia.
c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que establece la presente ley, especialmente en las dependencias municipales.
d) El ejercicio de la potestad sancionadora en los términos previstos en la presente ley.

e) Adoptar las medidas preventivas dirigidas a asegurar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

2. Además de las señaladas en el apartado anterior, los ayuntamientos, mancomunidades o agrupaciones municipales de más de 20.000 habitantes tendrán las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación y ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en su ámbito.
b) La elaboración y aprobación del plan en materia de inspección y de régimen sancionador.
c) El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones sin ánimo de lucro que desarrollen en el municipio actuaciones previstas en el plan municipal.

Artículo 39. *Organizaciones no gubernamentales y entidades sociales.*

1. El principio de corresponsabilidad social debe impregnar la coordinación de las actuaciones sobre la problemática asociada al consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, entre las diversas instancias administrativas y la sociedad civil, que han de seguir tomando un papel activo para el correcto abordaje de esta problemática.
2. La Administración autonómica fomentará y apoyará las iniciativas sociales y la colaboración con las organizaciones no gubernamentales y entidades sociales, considerando su importante papel en esta materia.
3. Serán ámbitos preferentes de actuación de las organizaciones no gubernamentales y entidades sociales:

a) La concienciación social acerca de la problemática del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad.
b) La prevención en el ámbito comunitario.

4. A los efectos de voluntariado social, se cumplirá lo establecido en el artículo 27 de la Ley 8/2008, de salud de Galicia.

Disposición adicional única. *Actualización de las cuantías de las sanciones.*

Las cuantías de las sanciones establecidas en la presente ley podrán actualizarse periódicamente por el Consello de la Xunta de Galicia, teniendo en cuenta, entre otros factores, las variaciones de los índices de precios de consumo.

Disposición transitoria única. *Adaptación de los contratos en materia de publicidad y patrocinio.*

Los contratos en materia de publicidad y patrocinio celebrados antes de la entrada en vigor de la presente ley dispondrán del plazo de un año para adaptarse a las limitaciones establecidas en la misma.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango en cuanto se opongan o contradigan lo dispuesto en la presente ley.

Disposición final primera. *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 segunda. *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 tercera. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor a los dos meses de su publicación en el «Diario Oficial de Galicia».

Disposición final cuarta. *Adaptación de las ordenanzas municipales.*

Los ayuntamientos habrán de adaptar sus ordenanzas en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley.

Información relacionada

Téngase en cuenta que las cuantías de las sanciones establecidas en la presente ley podrán actualizarse periódicamente por el Consello de la Xunta de Galicia, mediante disposición publicada únicamente en el "Diario Oficial de Galicia", según se establece en la disposición adicional única.

§ 40

Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
«BORM» núm. 262, de 12 de noviembre de 1997
«BOE» núm. 37, de 12 de febrero de 1998
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-1998-3169

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 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social.

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

El consumo de drogas constituye un fenómeno global, por lo que como tal ha de ser considerado, abordado y tratado. La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia declara su preocupación por este problema social y sus consecuencias para la vida ciudadana, así como su firme voluntad política de luchar, desde todos los campos posibles, en la prevención, rehabilitación e integración del toxicómano que, con la consideración de enfermo, debe disfrutar de todos los mecanismos a nuestro alcance para su normalización en la sociedad.

La Constitución española, en su Título 1, artículos 41 y 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, estableciendo a su vez la responsabilidad de los poderes públicos en la organización de servicios y tutela de la salud, como garantía fundamental de este derecho.

La Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, del Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia, reformada por la Ley Orgánica 4/1994, de 24 de marzo, en su Título I, delimita las competencias de nuestra Comunidad Autónoma y establece en el artículo 10.1.18 la competencia exclusiva de bienestar y servicios sociales, y en el artículo 11.5 y 11.8 la competencia de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

En este ámbito, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia elaboró para el periodo 1993-1996, un Plan Autonómico de Drogas como nexo de unión de las iniciativas estatales del Plan Nacional de Drogas con las políticas de actuación de la Comunidad Autónoma y de los Ayuntamientos como parte de Administración más cercana al ciudadano, tratando, además, de impulsar y coordinar cuantas acciones se lleven a cabo desde el sector privado que estén en consonancia con los objetivos que el citado Plan pretende.

A su vez, la dimensión social alcanzada por el tema de las drogodependencias ha provocado las modificaciones del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, ya que, como ha definido la Organización Mundial de la Salud, la dependencia de las drogas es un problema multicausal de naturaleza crónica, recidivante y de difícil solución, que está implantando nuevos usos y costumbres.

En este marco legislativo y social, teniendo en cuenta la normativa de ámbito internacional, estatal y autonómico, se desarrolla la presente Ley Regional sobre Drogas, para la prevención, asistencia e integración social, que con un espíritu integrador, pretende establecer un marco jurídico desde el que se configuren, clarifiquen y coordinen las actuaciones a nivel regional en esta materia, de manera que permita ejercer una política seria, responsable, evaluable y eficaz contra el consumo de drogas.

La presente Ley se estructura en un Título preliminar y siete Títulos:

Título preliminar, en el que se establece el objeto y ámbito de aplicación de la Ley y sus principios rectores, que han de inspirar la lucha contra todo tipo de drogas, incluso contra aquellas que tienen un más generalizado establecimiento en la sociedad como son el alcohol y el tabaco.

Título I, que recoge las actuaciones de prevención de las drogodependencias a través de medidas tendentes a la reducción de la demanda y de la oferta de drogas, dando prioridad a las intervenciones dirigidas a niños y jóvenes, a la formación de profesionales y mediadores sociales.

Título II, donde se contemplan los objetivos y actividades asistenciales, poniendo énfasis en la titularidad pública de las mismas, potenciando la participación de las organizaciones sociales que trabajen acreditadamente en este área e incorporando la asistencia a los colectivos más vulnerables, a través de programas específicos de rehabilitación para menores, de reducción del daño y dirigidos al ámbito judicial y penitenciario.

Título III, dedicado a las medidas de integración social, priorizando las políticas de formación y empleo, contando con la participación del tejido asociativo y de los agentes sociales.

Títulos IV y V, que regulan los instrumentos de planificación, coordinación y participación, así como las competencias atribuidas a las distintas Administraciones y organizaciones sociales, estableciendo el Plan Regional sobre Drogas como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se realizan en nuestra Comunidad.

Título VI, donde se establecen las infracciones a esta Ley, así como el régimen sancionador aplicable a las mismas.

Título VII, donde, por último, se describen las formas de financiación para la materialización de los objetivos perseguidos por esta Ley y establecidos en el Plan Regional sobre Drogas.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación de la Ley.*

1. La presente Ley tiene por objeto ordenar el conjunto de actuaciones dirigidas a la prevención de las drogodependencias y a la asistencia e integración social de los drogodependientes, y establecer los criterios que permitan una adecuada coordinación de las entidades e instituciones que actúan en el campo de las drogodependencias, todo ello en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y de acuerdo con las competencias que tiene atribuidas por la Constitución española y su Estatuto de Autonomía.

2. El objeto se extiende a actuaciones que protejan a terceras personas de perjuicios que puedan causarse por el consumo de drogas.

3. Las prescripciones contenidas en la presente Ley serán de aplicación a las actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que en materia de drogodependencias se realicen dentro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Artículo 2. *Definiciones.*

1. A los efectos de esta Ley, se consideran drogas aquellas sustancias que, administradas al organismo, son capaces de generar dependencia, provocar cambios en el comportamiento y efectos nocivos para la salud y el bienestar de las personas. Tienen tal consideración:

a) Los estupefacientes y psicótropos, entendiendo por tales las sustancias o preparados sometidos a fiscalización o control en virtud de las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado español.
b) Aquellas otras sustancias naturales o de síntesis que no estando sometidas a fiscalización o control sean capaces de generar los efectos descritos.
c) Las bebidas alcohólicas.
d) El tabaco.
e) Aquellas otras, como inhalantes, colas y sustancias de uso industrial y vario, capaces de producir los efectos y consecuencias antes descritos.

2. Se entiende por:

a) Dependencia: El estado psicofisiológico caracterizado por la necesidad del individuo de consumir droga para suprimir un malestar psíquico o somático.
b) Desintoxicación: El proceso terapéutico dirigido a superar el estado de dependencia física.
c) Deshabituación: El proceso terapéutico dirigido a superar el estado de dependencia psicológica.
d) Reinserción o integración social: El proceso dirigido a lograr la incorporación o reincorporación del individuo a la sociedad como ciudadano responsable.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Las actuaciones en materia de drogas en la Región de Murcia responderán a los siguientes principios rectores:

1. Integración de las iniciativas que surjan desde los distintos sectores de las Administraciones públicas y entidades privadas, en el campo de las drogodependencias.
2. Participación activa, propiciando la implicación de los distintos sectores, mediante la creación de estructuras y canales de participación que favorezcan el protagonismo de la comunidad en la transformación de los factores que propician el consumo de drogas.
3. Coordinación de las actuaciones, que posibilite la articulación territorial y cronológica de las mismas.
4. Flexibilidad, tratando de adecuar la Ley a las características cambiantes del fenómeno de la drogodependencia, complementándolas con la reglamentación precisa, ajustada a las necesidades de cada momento.

Artículo 4. *Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de drogodependencias.*

Los usuarios de los servicios de drogodependencias tendrán los derechos y deberes reconocidos en la Constitución española, en los artículos 10 y 11 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en las normas reguladoras de servicios sociales, así como en el resto del ordenamiento jurídico.

TÍTULO I

De la prevención de las drogodependencias

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 5. *Definición.*

A efectos de esta Ley, se entiende como prevención el conjunto de actuaciones y medidas dirigidas a reducir la demanda y el consumo de drogas, así como a limitar la oferta de drogas a la sociedad.

Artículo 6. *Objetivos generales.*

Corresponde a la Administración pública regional y a las entidades locales de su ámbito, dentro de sus respectivas competencias, promover, coordinar, desarrollar, apoyar, controlar y evaluar los programas y actuaciones dirigidos a:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Reducir los riesgos y consecuencias del consumo de drogas.
3. Informar adecuadamente a la población sobre las drogas que puedan generar dependencia y de las consecuencias de su consumo.
4. Aumentar las alternativas y oportunidades para adoptar modos de vida más saludables.
5. Intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia.
6. Disminuir la presencia, promoción y venta de drogas en nuestra Comunidad.

Artículo 7. *Criterios de actuación preferentes.*

Serán criterios preferentes de actuación en la prevención de las drogodependencias, los siguientes:

1. El ámbito prioritario de la prevención de las drogodependencias será el comunitario. En este sentido, se impulsará la aprobación y desarrollo de planes municipales y mancomunales de drogodependencias en los términos establecidos en los artículos 42.2 y 43 de esta Ley.
2. Las actuaciones en prevención estarán dirigidas hacia todos los ciudadanos sin discriminación, priorizándose aquellas que van dirigidas a colectivos de alto riesgo en situaciones de pobreza, marginalidad étnica o urbanística entre otras y, en especial, a menores y jóvenes.
3. Se favorecerá una política preventiva global mediante actuaciones coordinadas dirigidas a sectores concretos de la población, incidiendo sobre la multiplicidad de factores que favorecen el consumo de drogas.
4. Los programas preventivos serán sistemáticos en sus actuaciones, continuados en el tiempo y susceptibles de ser evaluados. La distribución territorial de los mismos será equitativa en función de las necesidades de cada municipio.
5. La elaboración, ejecución y evaluación de los programas preventivos contará con la participación de los sectores implicados a través de sus asociaciones y entidades.

CAPÍTULO II

De la prevención a través de las medidas para la reducción de la demanda de drogas

Artículo 8. *Información.*

1. La Consejería de Sanidad y Política Social promoverá el desarrollo de campañas informativas sobre los efectos del consumo de drogas, con el objetivo de modificar actitudes

y hábitos en relación al mismo. Se instará a los medios de comunicación social y asociaciones ciudadanas a que participen en dichas campañas como colaboradores.

2. La Consejería de Sanidad y Política Social facilitará información actualizada y apropiada a los usuarios y profesionales de las áreas sanitarias, de servicios sociales, educación y laboral, sobre las sustancias capaces de producir dependencia.

3. La Consejería de Sanidad y Política Social mantendrá los sistemas de información y de vigilancia epidemiológica apropiados para la detección de las tendencias, hábitos, consecuencias de los consumos de drogas y circunstancias en las que se producen, de manera que sea posible una planificación adecuada.

Artículo 9. *Formación.*

1. La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, dentro del ámbito de sus competencias y en colaboración con otras Administraciones públicas, promoverá la incorporación de programas de educación para la salud en los niveles educativos correspondientes, fomentando la formación de los profesionales implicados para que desarrollen programas de prevención de las drogodependencias.

2. La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia determinará los programas a realizar para la formación interdisciplinar del personal sanitario, de servicios sociales, educadores y de cualquier otro personal al servicio de esta Administración, cuya actividad profesional se relacione con las drogodependencias, y ello sin perjuicio de la colaboración que pueda articularse en esta materia con otras Administraciones y entidades públicas o privadas así como con organizaciones sociales implicadas en el mundo laboral para el establecimiento de programas tendentes a la prevención del consumo de drogas en los centros de trabajo.

3. La Consejería de Sanidad y Política Social llevará a cabo las acciones oportunas ante los órganos competentes, para la incorporación en los programas de estudios universitarios, de los contenidos necesarios de una formación adecuada sobre los distintos aspectos de las drogodependencias y de la formación de especialistas.

Artículo 10. *Intervención sobre las condiciones sociales.*

Las Administraciones pública y regional, y las entidades locales de su ámbito velarán por el establecimiento de actuaciones tendentes a favorecer la vida asociativa y la participación ciudadana en la prevención de drogas, con especial atención a menores y jóvenes, propiciando programas de ocupación, ocio, deportivos y culturales entre otros.

CAPÍTULO III

De la prevención a través de las medidas para la reducción de la oferta de drogas

Sección Primera. De las limitaciones a la publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 11. *Definición.*

A los efectos de la presente Ley, se entiende por:

a) Bebida alcohólica natural o compuesta, aquella cuyo contenido o graduación alcohólica, natural o adquirida, sea igual o superior al 1 por 100 de su volumen.

b) Tabaco, aquellas labores derivadas de la planta del tabaco, destinadas a su utilización por vía inhalatoria o por cualquier vía de consumo.

Artículo 12. *Condiciones de la publicidad.*

1. Sin perjuicio de las prohibiciones y limitaciones establecidas en la Ley 34/1988 de 11 de noviembre, General de Publicidad, y en la Ley 25/l994, de 12 de julio, sobre incorporación al ordenamiento jurídico español de la Directiva 89/552/CE, sobre ejercicio de actividades de

radiodifusión televisiva, se establecen las siguientes limitaciones en la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco:

a) En la publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco, no podrán utilizarse argumentos dirigidos específicamente a menores de dieciocho años, ni los fundados en la eficacia social de su consumo o la mejora del rendimiento físico o psíquico. Tampoco se podrá asociar el consumo a actividades educativas, sanitarias o deportivas. De la misma manera, queda prohibido ofrecer una imagen negativa de la abstinencia y la sobriedad.

b) La publicidad de bebidas alcohólicas no podrá asociarse al uso de vehículos o de armas.

c) No podrán participar menores de dieciocho años, ya sea a través de imagen, voz o referencia, en los anuncios de bebidas alcohólicas y tabaco.

d) La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia no utilizará objetos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco, cuando éstos constituyan por si mismos las figuras o soportes publicitarios.

e) A toda reproducción gráfica de la marca o nombre comercial de bebidas alcohólicas y tabaco elaboradas en la Región de Murcia, deberá ir unida, con caracteres bien visibles, la mención de los grados de alcohol de la bebida a que se refieren y del contenido en nicotina y alquitrán en las labores de tabaco, así como su aspecto nocivo para la salud.

Artículo 13. *Prohibiciones.*

1. Se prohíbe la publicidad directa o indirecta de bebidas alcohólicas y tabaco en:

a) Centros y dependencias de las Administraciones públicas.

b) Centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.

c) Centros docentes, incluidos los destinados a la enseñanza deportiva.

d) Medios de transporte público que recorran exclusivamente el territorio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

e) Cualquier medio o soporte publicitario, cuya propiedad o titularidad corresponda a entidades públicas o privadas, financiadas con fondos públicos mayoritariamente, bien sea directamente, o a través del arrendamiento de dichos medios o soportes.

f) Centros y espectáculos destinados mayoritariamente a un público menor de dieciocho años.

g) Lugares donde esté prohibida su venta.

h) Otros centros y lugares similares a los mencionados que se determinen reglamentariamente.

2. Queda prohibida cualquier campaña o actividad, publicitaria o no, dirigida fundamentalmente a menores de dieciocho años, que incite al consumo de bebidas alcohólicas o tabaco.

3. Quedan prohibidos los anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco en las publicaciones juveniles editadas en la Región de Murcia y en los programas de radio y televisión, emitidos desde centros ubicados en su territorio, cuando unos y otros tengan como destinatarios preferentes o exclusivos a menores de dieciocho años.

4. Las prohibiciones contenidas en los dos apartados anteriores se extienden a todo tipo de publicidad, directa o indirecta, incluyendo la de objetos que por su denominación, grafismo, sonido, modo de presentación o cualquier otra causa, puedan suponer una publicidad encubierta de bebidas alcohólicas o tabaco.

Artículo 14. *Límites a la promoción.*

1. Las actividades de promoción de bebidas alcohólicas y tabaco en ferias, certámenes, exposiciones y actividades similares se situarán en espacios físicos diferenciados cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas. No estará permitido, ni el ofrecimiento, ni la degustación gratuita a menores de dieciocho años.

2. Está prohibida la promoción de bebidas alcohólicas y tabaco mediante la distribución de información por buzones, correo, teléfono, redes informáticas en el ámbito de la Comunidad Autónoma y, en general, mediante cualquier mensaje que se envíe a un domicilio, salvo que éste vaya dirigido nominalmente a mayores de dieciocho años.

3. No podrán patrocinar ni financiar actividades deportivas o culturales aquellas personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación, promoción o distribución de bebidas alcohólicas o tabaco, si ello lleva aparejada la publicidad de dicho patrocinio o la difusión de marcas, símbolos, imágenes o sonidos relacionados con las bebidas alcohólicas o el tabaco, y dichas actividades deportivas o culturales estén dirigidas fundamentalmente a menores de dieciocho años.

Artículo 15. *Autorización administrativa previa.*

Con el fin de evitar incumplimientos involuntarios en materia de publicidad, las agencias y medios de publicidad o difusión podrán solicitar autorización administrativa previa, de acuerdo con lo previsto en el artículo 8 de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad.

Sección Segunda. De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 16. *Limitaciones y prohibiciones.*

1. Para contribuir a la reducción del abuso de bebidas alcohólicas, los Ayuntamientos establecerán los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de este tipo de bebidas, así como el consumo de las mismas en la vía pública.

Los criterios de aplicación respecto a las distancias mínimas para el establecimiento de los centros de suministro y venta se orientarán a evitar su excesiva concentración en los cascos urbanos, permitiéndose la agrupación de los mismos con distancias inferiores a las mínimas en las zonas periféricas, siempre y cuando se cumplan las demás condiciones urbanísticas y medioambientales.

2. Quedan prohibidos en el territorio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la venta, dispensación y suministro, gratuitos o no, por cualquier medio, de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años. En todos los establecimientos en que se vendan bebidas alcohólicas deberá colocarse de forma visible al público carteles que adviertan que está prohibida su venta a estos menores.

3. La venta o suministro de bebidas alcohólicas, a través de máquinas automáticas, sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados, haciéndose constar en su superficie frontal la prohibición referida a la venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años, y estando a la vista de una persona encargada de que se cumpla dicha prohibición. En cualquier caso, no se permitirá la venta, suministro o dispensación de bebidas alcohólicas, a través de máquinas automáticas, en los siguientes lugares:

a) Centros y dependencias de las Administraciones públicas.
b) Todos los centros de enseñanza.
c) Lugares de trabajo.
d) Centros y locales destinados a menores de dieciocho años, aunque sea de modo coyuntural.
e) Áreas de servicio y descanso de autovías y autopistas, así como en gasolineras, excepto lo dispuesto en el apartado 5 de este artículo.

4. No se permitirá la venta, dispensación o suministro de ningún tipo de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

a) Centros y dependencias de las Administraciones públicas, centros sanitarios y sociosanitarios, excepto lo dispuesto en la letra a) del apartado 5 de este artículo.
b) Centros de trabajo, excepto lo dispuesto en la letra a) del apartado 5 de este artículo.
c) Centros de educación infantil, primaria, secundaria y especial.
d) Centros y locales destinados a menores de dieciocho años.
e) Áreas de servicio y descanso de autovías y autopistas, así como en gasolineras, excepto lo dispuesto en el apartado 5 de este artículo.

5. Sin perjuicio de lo anterior, se permitirá la venta, suministro o dispensación de bebidas alcohólicas, de menos de dieciocho grados centesimales, en locales expresamente habilitados y autorizados en:

a) Centros y dependencias de las Administraciones públicas, centros sanitarios y sociosanitarios y del resto de centros y lugares de trabajo.
b) Centros de enseñanza superior y universitaria y centros de enseñanza distintos a los señalados anteriormente.
c) Centros e instalaciones deportivas.
d) Áreas de servicio y descanso de autovías y autopistas, así como en gasolineras.

Sección Tercera. De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco

Artículo 17. *Limitaciones a la venta.*

1. Quedan prohibidos en el territorio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la venta y el suministro, gratuitos o no, por cualquier medio, de tabaco, sus productos o labores y productos que imiten su composición, introduzcan o inciten al hábito de fumar a los menores de dieciocho años, debiendo colocarse de forma visible en los establecimientos en que se venda tabaco carteles que adviertan que está prohibida su venta a dichos menores.
2. La venta o el suministro de tabaco, a través de máquinas automáticas, sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados, haciéndose constar en su superficie frontal la prohibición referida a la venta de tabaco a menores de dieciocho años y estando a la vista de una persona encargada de que se cumpla la citada prohibición. En cualquier caso, no se permitirá la venta o suministro de tabaco, a través de máquinas automáticas, en los siguientes lugares:

a) Centros y dependencias de las Administraciones públicas.
b) Todos los centros docentes no universitarios.
c) Centros y locales destinados a menores de dieciocho años.
d) Centros e instalaciones deportivas.

3. No se permitirá la venta ni el suministro de tabaco en:

a) Centros y dependencias de las Administraciones públicas, excepto en donde existan expendedurías de tabacos legalmente establecidas.
b) Centros sanitarios y sociosanitarios.
c) Todos los centros docentes no universitarios.
d) Centros e instalaciones deportivas.
e) Centros y locales frecuentados fundamentalmente por menores de dieciocho años.

Artículo 18. *Limitaciones al consumo.*

1. Se prohíbe fumar en:

a) Centros sanitarios y sociosanitarios.
b) Centros y dependencias de las Administraciones públicas destinados a la atención directa al público.
c) Todos los centros de enseñanza y sus dependencias.
d) Centros de atención social destinados a menores de dieciocho años.
e) Medios de transportes colectivos, urbanos e interurbanos en trayectos que recorran exclusivamente el territorio de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, salvo que disponga de departamentos específicos para fumadores.
f) Vehículos destinados al transporte escolar, de menores de edad y sanitario.
g) Locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto aquellos que estén destinados principalmente al consumo de alimentos.
h) Salas de cine, teatro y locales similares.
i) Instalaciones deportivas cerradas.
j) Museos, bibliotecas, salas de exposiciones y conferencias.
k) Grandes superficies comerciales y galerías comerciales cerradas.

l) Lugares donde existe mayor riesgo a la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por contaminante industrial.

m) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

n) Con carácter general, en ascensores y otros recintos pequeños, de escasa ventilación, destinados al uso por varias personas, tanto en instalaciones públicas como privadas.

ñ) Estudios de radio y televisión destinados al público.

o) Los espacios cerrados de uso general y público de las estaciones de autocar, ferrocarril y de los aeropuertos y puertos de interés general.

p) Los lugares similares a los establecidos en este apartado y que se determinen reglamentariamente.

2. Todos los lugares o zonas aludidos en el apartado 1 anterior estarán convenientemente señalizados en la forma que se determine por la Consejería de Sanidad y Política Social, habilitándose por la dirección de cada centro las oportunas salas de fumadores, en los locales y centros a los que se refieren las letras: a), c), d), g), h), i), j) y k) de dicho apartado 1.

3. En atención a la promoción y defensa de la salud, el derecho de los no fumadores prevalecerá sobre el derecho a fumar en las circunstancias en que aquélla pueda verse afectada por el consumo de tabaco.

Sección Cuarta. De la prevención de otras dependencias

Artículo 19. *De estupefacientes y sustancias psicotrópicas.*

1. La Administración sanitaria regional, en el marco legislativo vigente, prestará especial atención al control e inspección de sustancias y productos estupefacientes, psicotrópicos y de síntesis, desde su producción hasta la distribución.

2. Los centros de distribución y dispensación se someterán a autorización administrativa previa para su creación, de conformidad con el procedimiento y requisitos establecidos en la legislación estatal y autonómica aplicable, y su control e inspección corresponderá a la Administración sanitaria regional.

3. En lo relativo a los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano, la Administración sanitaria regional se ajustará a las disposiciones de rango estatal y su correspondiente desarrollo normativo que apruebe el Ministerio de Sanidad y Consumo, sin perjuicio de su adaptación al marco administrativo autonómico, caso de que fuese necesario para garantizar su operatividad y racionalidad.

4. La Consejería de Sanidad y Política Social elaborará y proporcionará información actualizada a los usuarios y profesionales de los servicios sanitarios sobre la utilización en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y demás medicamentos capaces de producir dependencia.

Artículo 20. *Otras sustancias.*

1. La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia regulará las condiciones y presentación a la venta de productos cuyas sustancias químicas puedan producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia, a fin de evitar su uso como drogas, estableciendo los necesarios distintivos y advertencias en los mismos.

2. Queda prohibida a los menores de dieciocho años la venta de colas y demás productos industriales inhalables con efectos euforizantes o depresivos.

Queda excluida de esta prohibición la venta a mayores de dieciséis años que acrediten el uso profesional de estos productos.

3. La Consejería de Sanidad y Política Social determinará reglamentariamente la relación de productos a que se refiere el apartado anterior.

TÍTULO II

De la asistencia

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 21. *Definición.*

A efectos de esta Ley, se entiende por asistencia, aquellos procesos de atención que se inician con la toma de contacto del paciente con los servicios sanitarios o sociales y finalizan con el alta del mismo. Comprende los procesos de acogida, diagnóstico, desintoxicación y deshabituación.

Artículo 22. *Objetivos generales.*

Las actuaciones desarrolladas en el proceso asistencial a los drogodependientes en la Región de Murcia, estarán enfocadas a la consecución de los siguientes objetivos:

1. Garantizar la atención a todas las personas residentes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, con problemas de abuso o dependencia de drogas legales o ilegales.
2. Procurar la toma de contacto con los servicios asistenciales del mayor número posible de personas con abuso o dependencia de drogas.
3. Reducir la morbi-mortalidad asociada al consumo de drogas.
4. Mejorar los niveles de salud física y psíquica de los usuarios de los servicios.
5. Colaborar, en la medida de lo posible, a la resolución de problemas de interés general no estrictamente sanitarios, como la marginación social, la seguridad ciudadana, la agilización del funcionamiento de la justicia, la reinserción de la población penitenciaria, la reducción de la siniestralidad laboral o del tráfico, etc., garantizando el derecho al anonimato y confidencialidad de los usuarios, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable en esta materia.

Artículo 23. *Criterios de actuación.*

En lo que se refiere a esta Ley, serán criterios de referencia que marquen las actuaciones en la asistencia a drogodependientes, los siguientes:

1. La prestación de servicios asistenciales a personas con problemas de abuso y dependencia de drogas legales e ilegales, se efectuará con criterios de accesibilidad, agilidad, continuidad y eficacia, procurando la diversificación de la oferta terapéutica para hacerla extensiva al máximo de población susceptible de ser tratada.
2. Se tenderá a la consecución de una metodología común en la atención por parte de todos los centros de tratamiento autorizados de la red pública regional, mediante un tratamiento multidisciplinar basado en la integración de actuaciones. Los métodos terapéuticos empleados deberán estar científicamente reconocidos y ser evaluables mediante indicadores fiables.
3. El tratamiento en régimen ambulatorio será considerado prioritario para favorecer la rehabilitación del paciente en contacto con su medio sociofamiliar y la iniciación temprana del proceso de integración. Aquellas personas que por diversos motivos no pudieran ser atendidas en régimen ambulatorio, lo serán en instituciones cerradas, sean de tipo hospitalario o de comunidad terapéutica.
4. El tratamiento será confidencial, gratuito en los servicios básicos y voluntario. En este último caso, cuando los usuarios no puedan emitir el consentimiento en condiciones de validez jurídica, se acompañará a la solicitud formulada por el representante legal la autorización judicial a que se refiere el artículo 211 del Código Civil.
5. Se procurará la participación de la familia del drogodependiente en el proceso terapéutico.
6. Se impulsará la creación de programas en el medio laboral que estimulen la demanda de asistencia de trabajadores con problemas de drogodependencias.

7. Se potenciará a las organizaciones no gubernamentales y a las asociaciones de autoayuda de afectados y familiares, como colaboradores del proceso asistencial.

CAPÍTULO II

Actuaciones preferentes

Artículo 24. *Actuación de la Administración regional.*

La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad y Política Social y del Servicio Murciano de Salud, realizará las siguientes actuaciones:

1. Promoverá la creación y mantenimiento de los servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias necesarios para el cumplimiento de estas actuaciones. La distribución territorial de los servicios será equitativa, garantizando la correcta asistencia de todas las personas residentes en su territorio con problemas de abuso o dependencia de drogas que la soliciten, complementando las actuaciones que en materia sanitaria sean competencia de la Administración del Estado.
2. Establecerá el régimen de autorización previa, inscripción, medidas de inspección, control e información estadística y sanitaria que determine la legislación vigente en cada momento, de los centros que presten funciones de asistencia para el diagnóstico, desintoxicación y deshabituación.
3. Ejecución de medidas en materia de preparación, control de calidad, administración y custodia de aquellos estupefacientes que se utilicen en tratamientos de desintoxicación o mantenimiento de pacientes drogodependientes, de conformidad con lo previsto en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, y disposiciones especiales aplicables, así como establecer la reglamentación correspondiente para la custodia de estos productos.
4. Establecerá programas de actuación que fomenten la demanda asistencial por parte de los afectados por el abuso o dependencia de drogas.
5. Desarrollará programas que contemplen actividades encaminadas a la reducción del daño por la drogodependencia, especialmente aquellos dirigidos a prevenir la difusión de enfermedades infecto-contagiosas y, muy especialmente, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.
6. En todos los casos, se adecuará la actividad asistencial para evitar la existencia de demandas no satisfechas hasta el inicio del tratamiento.
7. Los servicios públicos y privados de atención a drogodependientes de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia dispondrá de información accesible de los derechos y deberes de los pacientes y hojas de reclamaciones y sugerencias.

Artículo 25. *Ámbito judicial y penitenciario.*

La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia:

1. Promoverá y proporcionará soporte para la realización de programas de educación sanitaria y atención a reclusos drogodependientes en colaboración con el sistema penitenciario.
2. Proporcionará en colaboración con la Administración de Justicia, a través de centros y servicios públicos o privados, alternativas suficientes en cantidad y calidad para las demandas de cumplimiento de medidas de seguridad, remisión condicionada de la pena o cumplimiento de la pena en centro terapéutico formuladas por la Administración de Justicia. En todos estos casos, la competencia en la adopción de decisiones terapéuticas residirá en los equipos del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
3. Impulsará programas y colaborará con otras Administraciones públicas para la atención de los drogodependientes detenidos.

TÍTULO III

De la integración social

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 26. *Definición.*

Se entiende por integración social, el proceso de incorporación a la comunidad de personas provenientes de la red asistencial de atención a drogodependientes que se encuentren en proceso de rehabilitación.

Artículo 27. *Objetivos generales.*

Las actuaciones desarrolladas en el proceso de integración social de drogodependientes en la Región de Murcia estarán encaminadas a la consecución de los siguientes objetivos:

1. Facilitar el acceso de los drogodependientes a los recursos sociales normalizados.
2. Propiciar el desarrollo de programas específicos dirigidos a conseguir la integración social de drogodependientes.
3. Movilizar a la sociedad en la intervención comunitaria en drogodependencias.
4. Favorecer un cambio de actitudes en la población general que mejore la percepción social de los drogodependientes.

Artículo 28. *Criterios de actuación.*

1. Se creará una red de recursos sociales en materia de integración social de drogodependientes, formada, en su caso, por los recursos de las Administraciones públicas, las entidades privadas, los propios afectados y sus familias, y por toda la sociedad en general, que se desarrollará tanto en niveles de integración social inespecífica como de integración social específica.
2. La red normalizada de recursos sociales, en cuanto a su utilización para la incorporación social de drogodependientes, se configurará en torno a los principios de universalidad, accesibilidad, descentralización y gratuidad en los servicios básicos.
3. Asimismo, se elaborarán programas específicos de integración social, que se configurarán en torno a los principios de individualización, igualdad de oportunidades y continuidad.

CAPÍTULO II

Actuaciones preferentes

Artículo 29. *Actuación de la Administración regional.*

La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de los órganos competentes de la Consejería de Sanidad y Política Social, promoverá las siguientes actuaciones:

1. Velará por el desarrollo y promoción de actuaciones, encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los afectados y a favorecer su integración social, mediante la utilización conjunta y coordinada de los diferentes programas de la red general de servicios sociales.
2. Desarrollará acciones orientadas a:

a) Incorporar en las tareas de integración social a los trabajadores del ámbito social (educadores, trabajadores sociales, animadores socioculturales, etc.).
b) Facilitar la formación del tejido asociativo para proporcionar un mayor grado de colaboración en las tareas de integración y de normalización social de drogodependientes.
c) Aumentar el grado de sensibilización de la población en general, con el fin de generar actitudes positivas hacia el drogodependiente y su problemática.

3. Se promoverá la puesta en marcha de programas específicos de integración social, programas de formación para drogodependientes, programas de integración en grupos o asociaciones juveniles y programas específicos de ocio y tiempo libre así como cualesquiera otros de análoga naturaleza o finalidad a los anteriores.

4. Se dará prioridad en el marco de las acciones de integración social a aquellas que tiendan a facilitar el acceso al empleo de drogodependientes en proceso de deshabituación y a impulsar una mayor sensibilización de los agentes sociales.

5. Se desarrollarán programas orientados a la promoción del movimiento asociativo, a la integración en él de familiares y afectados y a la creación de grupos de autoayuda.

Asimismo, se fomentará el voluntariado social u otras formas de apoyo y ayuda al drogodependiente, que actúen coordinadamente con la red general de servicios sociales.

TÍTULO IV

De los instrumentos de planificación, coordinación y participación

CAPÍTULO I

Del Plan Regional sobre Drogas

Artículo 30. *Naturaleza y características.*

1. El Plan Regional sobre Drogas es el instrumento básico para planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que en esta materia se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

2. El Plan Regional sobre Drogas será vinculante para todas las Administraciones públicas, entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas, sin perjuicio de las competencias atribuidas a la Administración del Estado.

Artículo 31. *Contenido del plan.*

1. El Plan Regional sobre Drogas contemplará en su redacción, al menos, los siguientes elementos:

a) Criterios básicos de actuación.
b) Objetivos generales y específicos por áreas de actuación.
c) Responsabilidades y funciones de las Administraciones públicas, entidades privadas e instituciones.
d) Vigencia y calendario de actuaciones.
e) Mecanismos de evaluación.
f) Descripción del dispositivo asistencial.
g) Recursos necesarios para ejecutar el Plan.

2. Esta planificación deberá coordinarse con otros planes sanitarios y sociales relacionados.

Artículo 32. *Elaboración y aprobación del Plan.*

1. La elaboración del Plan Regional sobre Drogas se realizará de conformidad con las directrices que se establezcan mediante acuerdo del Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

2. En la elaboración del Plan serán tenidas en cuenta, a modo consultivo, las aportaciones y propuestas formuladas por los órganos de participación que contempla esta Ley, sin perjuicio de lo dispuesto sobre funciones del Consejo de Salud de la Región de Murcia, establecidas en la Ley de Salud de la Región de Murcia.

Asimismo, serán tenidas en cuenta las aportaciones de otros órganos consultivos cuando sus leyes de creación les atribuyan competencia en esta materia.

3. Con anterioridad a la aprobación del Plan Regional sobre Drogas por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el proyecto deberá ser

remitido a la Asamblea Regional para su consulta, pudiendo los distintos grupos parlamentarios formular cuantas propuestas estimen oportunas.

CAPÍTULO II

De la participación

Artículo 33. *Consejo Asesor Regional de Drogodependencias.*

1. El Consejo Asesor Regional de Drogodependencias, adscrito a la Consejería de Sanidad y Política Social, a través del órgano que tenga atribuida la competencia de planificación sanitaria, será el máximo órgano de participación y consulta en materia de drogas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
2. Su composición y funciones se establecerán mediante Decreto, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 35.2 de esta Ley.

Artículo 34. *Comisión Regional de Acreditación, Evaluación y Control de Centros y Servicios de Tratamiento con Opiáceos.*

1. La Comisión Regional de Acreditación, Evaluación y Control de los Centros y Servicios de Tratamiento con Opiáceos, adscrita a la Consejería de Sanidad y Política Social, a través del Servicio Murciano de Salud, será el órgano consultivo en materia asistencial, en especial en los aspectos relativos a los tratamientos con opiáceos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
2. Su composición y funciones se establecerán mediante Decreto.

Artículo 35. *De la participación de la Administración Local.*

1. La participación de las entidades locales en el desarrollo del Plan Regional sobre Drogas se realizará a través del órgano competente por razón de la materia que designe cada entidad.
2. Las entidades locales estarán representadas en el Consejo Asesor Regional de Drogodependencias en la forma que prevea su Decreto de regulación.

Artículo 36. *De la participación de las entidades privadas.*

La participación de las entidades privadas podrá desarrollarse en los siguientes campos de actuación:

a) La sensibilización social y la información.
b) La prevención de las drogodependencias.
c) El apoyo a la asistencia e integración social.
d) La formación.

Artículo 37. *Instrumentos jurídicos.*

Para el ejercicio de las competencias atribuidas por esta Ley, la Administración pública regional y las entidades locales de su ámbito podrán emplear los instrumentos que el ordenamiento jurídico vigente les atribuye. En este sentido, podrán utilizar cualquier fórmula de acuerdo con las entidades privadas legalmente constituidas, así como concederles ayudas y subvenciones.

Artículo 38. *Voluntariado.*

La Administración pública regional, las entidades locales de su ámbito y las entidades privadas e instituciones fomentarán la participación del voluntariado social en las actuaciones de prevención, asistencia e integración social de los drogodependientes.

TÍTULO V

De las competencias de las Administraciones públicas, regional y local

CAPÍTULO I

De la Administración pública regional

Artículo 39. *Competencias del Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia:

1. El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
2. La aprobación del Plan Regional sobre Drogas.
3. La aprobación de la normativa de apertura, funcionamiento y acreditación de centros de atención a drogodependientes.

Artículo 40. *Competencias de la Consejería de Sanidad y Política Social.*

1. La Consejería de Sanidad y Política Social, a través del órgano que tenga atribuida la competencia de planificación sanitaria, coordinará e impulsará las actuaciones administrativas regionales que se lleven a cabo en el campo de las drogodependencias. En especial, le corresponderá:

a) Elaborar el Plan Regional sobre Drogas, que será aprobado por el Consejo de Gobierno a propuesta del Consejero de Sanidad y Política Social.
b) Elaborar líneas y programas de actuación en el marco del Plan Regional sobre Drogas.
c) Ser órgano de comunicación entre la Administración regional y las distintas instituciones públicas y privadas relacionadas con el problema de las drogodependencias en el ámbito territorial de la Región de Murcia, sin perjuicio de las competencias del Servicio Murciano de Salud.
d) Coordinar las actuaciones que se deriven del citado Plan regional, así como efectuar el seguimiento y evaluación de los programas recogidos en el mismo.
e) Formar parte del Consejo Asesor Regional de Drogodependencias, en la forma que prevea su Decreto de regulación, prestando a sus miembros el apoyo técnico necesario e impulsando la labor que aquél desempeñe.
f) Llevar a cabo las actuaciones que resulten necesarias en materia de prevención de drogodependencias y, en especial, las que se incardinen en el Plan Regional sobre Drogas.

2. Además de aquellas otras competencias que le vienen atribuidas legalmente, corresponde a la Consejería de Sanidad y Política Social el control administrativo de los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias, sociosanitarias y sociales relacionadas con la prevención, asistencia e integración social de las personas drogodependientes, y en particular:

a) El otorgamiento de la autorización de instalación, puesta en funcionamiento, modificación, ampliación traslado y cierre de centros, servicios y establecimientos.
b) La acreditación de centros, servicios y establecimientos, su renovación y revocación.
c) La regulación y el mantenimiento de los registros pertinentes de las entidades, centros y programas integrados en el Plan Regional sobre Drogas.
d) El ejercicio de la función inspectora y sancionadora.

3. La Consejería de Sanidad y Política Social, a través de los órganos competentes en materia de planificación y gestión de servicios sociales, llevará a cabo las actuaciones que resulten necesarias de integración social en materia de drogodependencias y, en especial, las que se incardinen en el Plan Regional sobre Drogas, sin perjuicio de su coordinación con las actuaciones que realice el Servicio Murciano de Salud.

4. El titular de la Consejería, o del órgano en quien delegue, representará a la Administración regional en cuantos foros y comisiones de ámbito supracomunitario existan en el campo de lucha contra las drogas.

Artículo 41. *Competencias del Servicio Murciano de Salud.*

El Servicio Murciano de Salud llevará a cabo las actuaciones que resulten necesarias de carácter asistencial en materia de drogodependencias y, en especial, las que se incardinen en el Plan Regional sobre Drogas.

CAPÍTULO II

De la Administración local

Artículo 42. *Competencias de los Ayuntamientos.*

1. Sin perjuicio de las competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a los Ayuntamientos de la Región de Murcia en su ámbito territorial:

a) El establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas en los términos del artículo 16.1 de esta Ley.
b) El otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas, que podrá realizarse de forma acumulada o independiente a otros procedimientos de autorización de apertura, según determine cada Ayuntamiento.
c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que se establecen en esta Ley, especialmente en las propias dependencias municipales.
d) La colaboración con los sistemas educativos y sanitarios en materia de prevención de la drogodependencia.
e) La vigilancia y control de los establecimientos donde se venda bebidas alcohólicas y tabaco, y de los lugares en los que la Ley prohíbe su suministro, venta o dispensación.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de la Región de Murcia tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación de planes municipales sobre drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas.
b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.
c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas.
d) La formación en materia de drogas del personal propio, en colaboración, en su caso, con las Administraciones públicas competentes.
e) La promoción de la participación social en esta materia, en su ámbito territorial.

Artículo 43. *Competencias de las mancomunidades de municipios.*

Sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas por el ordenamiento jurídico vigente, corresponde a las mancomunidades de municipios de la Región de Murcia la aprobación de planes mancomunales sobre drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas.

TÍTULO VI

De las infracciones y sanciones

Artículo 44. *Régimen sancionador.*

1. Las infracciones a lo regulado en la presente Ley serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa la instrucción del oportuno expediente tramitado de conformidad con el procedimiento sancionador regulado en el Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, sin perjuicio de la regulación de las peculiaridades propias que pudieran establecerse y de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. 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.

Artículo 45. *Infracciones.*

Constituye infracción administrativa toda acción u omisión que vulnere las prescripciones contenidas en esta Ley.

Artículo 46. *Clasificación de las infracciones.*

1. Las infracciones administrativas establecidas en la presente Ley se clasificarán como leves, graves y muy graves.

2. Se consideran como infracciones leves:

a) El incumplimiento de las obligaciones establecidas en los artículos 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 24, cuando se hayan cometido por simple negligencia y no comporten un perjuicio directo para la salud, con exclusión de la venta, dispensación o suministro de bebidas alcohólicas o tabaco a menores de dieciocho años, que será tipificado como falta grave.

b) El retraso e incumplimiento de las obligaciones de información, comunicación y comparecencia a requerimiento de la autoridad competente.

c) Cualquier otro incumplimiento prescrito en la presente Ley que no se tipifique como infracción grave y muy grave.

3. Se consideran infracciones graves:

a) La venta, dispensación o suministro de bebidas alcohólicas o tabaco a menores de dieciocho años.

b) La negativa o resistencia a prestar colaboración o facilitar la información requerida por las autoridades competentes, así como el suministro de información inexacta y/o documentación falsa.

c) La alteración sustancial de las características establecidas para la acreditación y autorización de centros o servicios que desarrollen actividades de tratamiento de las drogodependencias.

d) Llevar a cabo actividades de carácter lucrativo relacionadas con las drogodependencias en establecimientos, centros o servicios dependientes de entidades constituidas sin ánimo de lucro.

e) El falseamiento en los datos o en la documentación aportada y desviación de ayudas y subvenciones, destinadas a la realización de programas de drogodependencias que sus beneficiarios reciban de fondos públicos.

f) Aquellas que siendo concurrentes con infracciones leves sirvan para facilitar y/o encubrir su comisión.

g) La reincidencia en la comisión de infracciones leves.

4. Se consideran infracciones muy graves:

a) Aquellas que supongan un grave perjuicio para la salud de los usuarios en el ámbito de aplicación de esta Ley y disposiciones que la desarrollen.

b) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercitada sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

c) Iniciar, prestar o desarrollar servicios o actividades de prevención, asistencia e integración social en establecimientos, centros o servicios no autorizados o por personal no cualificado legalmente.

d) Aquellas que siendo concurrentes con otras infracciones graves sirvan para facilitar y/o encubrir su comisión.

e) La reincidencia en la comisión de infracciones graves.

5. Asimismo, se consideran infracciones administrativas el incumplimiento de los deberes recogidos en la normativa a la que hace referencia el artículo 4 de esta Ley, así como el incumplimiento de las normas de funcionamiento de los centros de atención a drogodependientes que se dicten en aplicación de lo establecido en el artículo 39.3 de la misma.

A tales efectos dichas infracciones se tipificarán como leves, graves y muy graves atendiendo a los criterios de grado de intencionalidad, reiteración, naturaleza del perjuicio causado y reincidencia.

6. Existe reincidencia cuando, al cometer la infracción el sujeto, hubiera sido ya sancionado por esa misma falta o por otra de gravedad, igual o mayor, o por dos o más infracciones de gravedad inferior, durante el último año.

Artículo 47. *Sanciones.*

1. Las infracciones a la presente Ley serán sancionadas, en su caso, con amonestación, multa, cese temporal de la actividad o cierre del establecimiento, local o empresa.

2. La graduación de las sanciones será proporcionada a la infracción cometida y se ajustará a los siguientes criterios:

a) Transcendencia social y perjuicios causados.
b) Riesgo para la salud, individual o colectiva.
c) Posición del infractor en el ámbito social.
d) Beneficio obtenido.
e) Grado de intencionalidad.
f) Perjuicio causado a menores de edad.
g) La reincidencia.

3. La graduación de las multas se ajustará a lo siguiente:

a) Por infracción leve, multa de hasta 200.000 pesetas.

b) Por infracción grave, multa de 200.001 a 2.000.000 de pesetas, pudiéndose rebasar esta cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

c) Por infracción muy grave, multa de 2.000.001 pesetas a 10.000.000 de pesetas, pudiéndose rebasar esta cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.

4. En los casos de especial gravedad, contumacia en la repetición de la infracción y/o transcendencia notoria y grave para la salud, las infracciones muy graves se podrán sancionar con la suspensión temporal de la actividad o, en su caso, con el cierre definitivo.

5. En los casos a que se refiere el apartado anterior, se podrá imponer como sanción complementaria la prohibición, temporal o definitiva, total o parcial, de recibir de la Administración regional cualquier tipo de ayudas de carácter financiero, o la revocación de las que se hayan obtenido en los últimos cinco años. Ello podrá incluir a las entidades filiales o que guarden una relación de dependencia con la sancionada. En cualquier caso, la sanción deberá ser notificada a la Consejería de Economía y Hacienda para que la comunique a todas las Consejerías y entes de la Administración regional y se adopten las medidas jurídicas y presupuestarias pertinentes.

En los supuestos antes referidos la paralización del procedimiento de subvención será inmediata en el momento en que se imponga la sanción, y se elevará a definitiva cuando la sanción sea firme en vía administrativa.

El procedimiento de reintegro en el caso de revocación se iniciará cuando la sanción adquiera firmeza en vía administrativa.

Artículo 48. *Medidas cautelares.*

1. No tendrá carácter de sanción la resolución de cierre de los establecimientos o de suspensión de las actividades que no cuente con la autorización exigida o que no se ajusten a los términos de ésta, hasta que no se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos. Simultáneamente a la resolución de cierre o suspensión podrá incoarse un expediente sancionador.
2. Sin perjuicio de su consideración como infracción administrativa, los incumplimientos previstos en el artículo 46.5 de esta Ley, en el supuesto de que produzcan perturbación grave del funcionamiento de los centros, podrán dar lugar a la adopción de las medidas de traslado del usuario a otro centro o la suspensión del tratamiento.
3. La adopción de tales medidas corresponderá al órgano que se determine reglamentariamente.

Artículo 49. *Prescripción.*

1. Las infracciones a que se refiere la presente Ley prescribirán:

a) Al año, las correspondientes a las faltas leves.
b) A los dos años, las correspondientes a las faltas graves.
c) A los cinco años, las correspondientes a las faltas muy graves.

2. Asimismo, las sanciones impuestas calificadas como leves prescribirán al año, las calificadas como graves a los dos años y las calificadas como muy graves a los cinco años.

Artículo 50. *Competencia del régimen sancionador.*

1. El control del cumplimiento de la presente Ley y la competencia para la imposición de sanciones, a excepción de lo dispuesto en el apartado 2 de este artículo, corresponderá a los siguientes órganos, en el ámbito de sus respectivas competencias:

a) Al Director general de Salud, la amonestación y multas de hasta 2.000.000 de pesetas.
b) Al Consejero de Sanidad y Política Social, multas de 2.000.001 hasta 10.000.000 de pesetas y la suspensión temporal de la actividad por un máximo de cinco años.
c) Al Consejo de Gobierno, multas superiores a 10.000.000 de pesetas y el cierre de la empresa o la clausura del servicio o establecimiento.

2. La competencia para la imposición de sanciones, en los supuestos del artículo 42, apartado 1, letras a), b), c) y e) de esta Ley, corresponderá a los Ayuntamientos, según la siguiente escala:

a) Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, multas de hasta 200.000 pesetas.
b) Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, multas de hasta 2.000.000 de pesetas.

La competencia para la resolución de los expedientes sancionadores instruidos por los Ayuntamientos corresponderá a los órganos municipales que tengan atribuida esta competencia según sus propias normas de organización y, en su defecto, a los Alcaldes para toda clase de infracciones y sanciones.

TÍTULO VII

De la financiación

Artículo 51. *De la Administración pública regional.*

Para la consecución de los objetivos perseguidos por esta Ley y los que se establezcan en el correspondiente Plan Regional sobre Drogas se utilizarán, entre otras, las siguientes vías de financiación:

1. La dotación presupuestaria que cada año los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia destinen para el desarrollo de actividades en materia de drogas.

2. Los ingresos procedentes de convenios, subvenciones y transferencias finalistas de la Administración del Estado.

3. Los recursos finalistas procedentes del Fondo de Compensación Interterritorial.

4. Los ingresos procedentes de la Unión Europea que financien acciones concretas relacionadas con las drogodependencias.

5. Los recursos procedentes de todas aquellas entidades públicas o privadas que destinen recursos a la financiación pública de actividades relativas a las drogodependencias en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

6. Los ingresos procedentes de sanciones económicas establecidas en esta Ley u otras de ámbito regional o supracomunitario en las que se contemple, que generarán directamente crédito en las correspondientes partidas presupuestarias de gastos.

Artículo 52. *De la Administración local.*

1. Los Ayuntamientos y mancomunidades de municipios deberán prever cada año las partidas presupuestarias que correspondan para realizar las actuaciones contempladas en esta Ley que sean de su competencia.

Asimismo, la financiación de actividades en materia de drogodependencias en el ámbito de estas entidades, se podrá realizar a través de los instrumentos correspondientes a que se refiere el artículo 37 de esta Ley.

2. Los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y mancomunidades de municipios que deseen obtener financiación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el desarrollo de actuaciones de su competencia en materia de drogas, deberán tener establecido el órgano competente por razón de la materia que efectúa la planificación de objetivos, así como la asignación presupuestaria que garantice la cofinanciación de dichos objetivos.

3. Asimismo, se considerará como vía de financiación de actividades en materia de drogodependencias, los recursos procedentes de sanciones económicas establecidas en esta Ley que deriven de expedientes sancionadores competencia de los Ayuntamientos.

Artículo 53. *De las entidades privadas.*

La Administración pública regional y las entidades locales de su ámbito podrán financiar a las entidades privadas para el desarrollo de actividades en materia de drogodependencias a través de los instrumentos correspondientes a los que se refiere el artículo 37 de esta Ley, siempre que dichas actividades estén en consonancia con las directrices del Plan Regional sobre Drogas.

Disposición adicional primera.

En el plazo de seis meses, a partir de la publicación de la presente Ley, deberán quedar constituidos todos los órganos de participación previstos en el capítulo 2 del Título IV.

Disposición adicional segunda.

Mediante Decreto del Consejo de Gobierno se revisará, como máximo cada cuatro años, las cuantías mínimas y máximas de las sanciones fijadas en la presente Ley. Dicha revisión se hará con arreglo al Índice de Precios al Consumo vigente.

Disposición adicional tercera.

En el plazo de un año, a partir de la publicación de esta Ley, los Ayuntamientos de la Región de Murcia establecerán los criterios a que hace referencia el artículo 16, apartado 1, de la misma.

Disposición adicional cuarta.

Los productos de Denominación de Origen de la Región de Murcia se exceptuarán de lo dispuesto en los artículos 12.1.d), 13.1.a), 13.1.d) y 13.1.e) de esta Ley.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no será aplicable cuando los destinatarios de las actuaciones previstas en los artículos citados sean específicamente menores de dieciocho años.

Disposición adicional quinta.

En el plazo de seis meses desde la promulgación de la presente Ley se habrá elaborado un nuevo Plan Autonómico de Drogas que sustituya al del período 1993-1996.

Disposición transitoria primera.

Hasta la publicación de las normas que regulen los órganos de participación a los que se refieren los artículos 33 y 34 del capítulo II del Título IV de esta Ley, se estará a lo dispuesto en el Decreto regional número 83/1992, de 12 de noviembre, y en la Orden de 2 de abril de 1990, de la Consejería de Sanidad, correspondiendo la presidencia de los mencionados órganos a los titulares de los centros directivos a los que estén adscritos.

Disposición transitoria segunda.

Las medidas limitativas de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco contemplada en esta Ley, y que afecten a la publicidad contratada con anterioridad a la entrada en vigor de la misma, no serán de aplicación hasta transcurrido un año desde la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición transitoria tercera.

Los centros, servicios, locales y establecimientos dispondrán de un plazo de un año, a partir de la entrada en vigor de esta Ley, para adecuarse a sus prescripciones.

Disposición transitoria cuarta.

Se prorroga la vigencia del actual Plan Autonómico sobre Drogas, hasta tanto sea aprobado el nuevo plan.

Disposición derogatoria única.

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

Disposición final primera.

Se autoriza al Consejo de Gobierno y al Consejero de Sanidad y Política Social, en el ámbito de sus respectivas competencias, para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la ejecución y desarrollo de la presente Ley.

Disposición final segunda.

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

§ 41

Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones

Comunidad Autónoma de La Rioja
«BOR» núm. 127, de 23 de octubre de 2001
«BOE» núm. 266, de 6 de noviembre de 2001
Última modificación: 30 de diciembre de 2003
Referencia: BOE-A-2001-20624

EL PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

Sepan todos los ciudadanos que el Parlamento 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

1

El uso de drogas es un fenómeno que ha estado presente en la humanidad desde tiempos remotos.

La utilización de sustancias que alteran el psiquismo, ha estado ligada a la cultura como parte de fenómenos religiosos y curativos. Precisamente la utilización dentro de fenómenos culturales arraigados, es lo que confiere una dimensión radicalmente diferente al uso de sustancias que se tienen ahora, que está ligado a fenómenos de ocio, diversión o estimulación.

La utilización de drogas, por ello, está ligada a la cultura de los pueblos, de tal modo que ésta actúa como protectora contra el mal uso o uso inadecuado de sustancias psicotrópicas. Por el contrario, el uso actual se realiza dentro de una dinámica ligada al enriquecimiento económico, regida por las leyes del mercado y generando en los que consumen ilusiones de paraísos y solución de muchos problemas.

El problema del uso y abuso de drogas precisa de los poderes públicos una acción de protección ante el uso inadecuado de sustancias, ya que ha pasado a ser un problema de salud pública. Es deber de los poderes públicos garantizar la protección a los colectivos más vulnerables socialmente ante las drogas, velar por el control sobre esas sustancias en la vida cotidiana y procurar la reducción de su disponibilidad.

Al hablar de drogas encontramos dos grandes grupos de sustancias, aquellas cuyo uso está aceptado socialmente como son el tabaco o el alcohol; y también, productos potencialmente adictivos como los juegos de azar y otro gran grupo de sustancias no admitidas socialmente como la heroína, cocaína, cannabis y otras. Dentro de este último grupo está irrumpiendo con fuerza una tercera vía de fabricación química clandestina de drogas, como es el caso de los derivados anfetamínicos. En todos los casos los efectos

devastadores sobre la salud son incuestionables produciéndose en unos casos una influencia más directa sobre la salud física de los individuos, y en otros con una influencia más clara sobre la salud mental, y en todos los casos un empobrecimiento de la salud social. Esto último, se concreta en aislamiento entre la juventud, carencia o escepticismo ante los ideales, baja estima de sí mismos y aumento de la probabilidad de inadaptación social y laboral. En definitiva, esta falla en la salud social provocada por el uso inadecuado de droga puede minar los cimientos sobre los que se puede asentar una sociedad sana y libre.

Sin perjuicio de lo anterior, es indudable que La Rioja presenta una ancestral vinculación con la cultura del vino en su más amplia extensión y constituye además un sector estratégico de la economía regional. Precisamente esta singularidad, obliga a las Instituciones riojanas y al propio sector vitivinícola a conjugar adecuadamente la protección de los grupos sociales más vulnerables al alcohol con el responsable fomento y divulgación de la cultura del vino.

El Gobierno de La Rioja, para dar respuesta al problema de la drogodependencia, creó en 1985 la Comisión Regional de Coordinación para la Prevención y Asistencia en Drogodependencias que elaboró un Plan Regional sobre Drogas aprobado en marzo de 1986. La citada Comisión ha sido objeto de diferentes modificaciones hasta que en el Decreto 43/1997, de 22 de agosto («Boletín Oficial de La Rioja» del 26) se crea la Comisión Técnica de Seguimiento del Plan Riojano de Drogodependencia, que busca dotar de un carácter más técnico y de consenso a las acciones que se lleven a cabo y elevar las propuestas a los distintos órganos de instituciones y asociaciones.

Este Decreto fue modificado para ajustarlo a las necesidades de organización del trabajo de las subcomisiones y al cambio de instituciones, por la asunción de nuevas competencias, por el Decreto 46/1998, de 10 de julio («Boletín Oficial de La Rioja» del 14).

Además de articularse los instrumentos de coordinación institucional y de desarrollo de las iniciativas en drogodependencias, se han establecido normativas que regulan la autorización y acreditación de Centros de Atención Sociosanitaria a Drogodependientes (Decreto 10/1991, de 4 de abril), y sobre la acreditación de centros para la realización de programas con sustitutivos opiáceos. Asimismo, se ha regulado, con carácter anual, la subvención a Corporaciones Locales para programas de prevención de drogodependencias.

La aprobación del Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones por la Comisión Técnica y de

Seguimiento del citado Plan el 15 de septiembre de 1998 y su posterior aprobación en Consejo de Gobierno el 9 de octubre de 1998, han supuesto una apuesta firme desde el Gobierno de La Rioja, de sus instituciones, entidades y asociaciones por la acción coordinada en materia de drogodependencias. Uno de los objetivos del Plan en el área de prevención y dentro del denominado Subprograma Normativo, es la promulgación y desarrollo de una Ley Autonómica sobre drogas. La promulgación de esta Ley, será una oportunidad única para hacer que el compromiso institucional y la corresponsabilidad ante las drogodependencias sean efectivos y que la coherencia y efectividad de las políticas preventivas sobre drogas sean más factibles. Asimismo, los esfuerzos de actuación de asociaciones, instituciones públicas o privadas, organizaciones empresariales y sindicales, tendrán un referente normativo que ponga el bien de los jóvenes y afectados por la drogodependencia por encima de cualquier otro interés.

Los principios rectores de esta Ley son los mismos que han inspirado al Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones, y son:

1. Flexibilización, en cuanto a su carácter necesariamente dinámico en la medida en que el problema que trata es cambiante y en cuanto su necesaria posibilidad de renovación por los agentes a los que les incumbe.

2. Globalización, por su abordaje de aspectos sanitarios, sociales, educativos, laborales, económicos, policiales, normativos etc., con relación a la prevención, asistencia, reinserción y control de la oferta de alcohol, tabaco, drogas ilegales, psicofármacos y otros productos adictivos.

3. Integración de las acciones contra la drogodependencia, a través de programas conjuntos de actuación en ámbitos de promoción y prevención de la salud, de bienestar social, de inserción laboral y control de la oferta; procurando una cobertura más allá del individuo, para incluir a familias y comunidades.

4. Corresponsabilización, en cuanto a que la reducción de la oferta también es una responsabilidad compartida necesariamente de todos a los que les incumbe el problema.

5. Planificación ya que es la única manera de llevar a cabo las acciones interinstitucionales y coordinar actuaciones intersociales para abordar la prevención, asistencia, inserción y control de la oferta de drogas.

6. Participación, por ser la esencia de las actuaciones de esta Ley, al apoyarse en la comunidad tanto la definición de los problemas sobre las drogas y la drogodependencia, como la búsqueda de soluciones a los mismos.

2

Los preceptos legales de esta Ley se apoyan en la Constitución Española, que en su artículo 43 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 medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de La Rioja, reformada por la Ley Orgánica 2/1999, de 7 de enero, delimita las competencias de nuestra Comunidad Autónoma y establece en el artículo 8.1.30 la competencia exclusiva de asistencia y servicios sociales y en el artículo 9.5 la competencia de desarrollo legislativo y ejecución en materia de seguridad e higiene.

La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, establece que los municipios ejercerán, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, competencias sobre protección de la salubridad pública y prestación de los servicios sociales y promoción y reinserción social.

3

Esta Ley incorpora la experiencia en el ámbito de drogodependencias de otras Comunidades Autónomas, acoge recomendaciones de organismos internacionales como la Convención única de 1961 sobre Estupefacientes y su enmienda por el Protocolo de 1972, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

Asimismo, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 33 sobre la protección de la infancia en el uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Igualmente importante es el código de práctica sobre el manejo de problemas de alcohol y las drogas en el lugar de trabajo de la OIT y el Convenio de este mismo organismo relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación.

Del mismo modo, y en atención al interés del menor, la Ley incorpora limitaciones a la venta y consumo de alcohol y tabaco a menores, conductas que la propia Ley 4/2000, de Espectáculos y Actividades Recreativas de la Comunidad Autónoma de La Rioja, regula en beneficio del correcto mantenimiento del orden público.

Desde un ámbito sanitario se recogen en especial las recomendaciones de la OMS sobre la necesidad de garantizar una actuación integral de las drogodependencias y otras adicciones y de modo normalizado.

4

La presente Ley se articula en los títulos que a continuación se detallan:

Título preliminar: Disposiciones generales.

Título I: Medidas preventivas.

Título II: Asistencia e inserción social de las personas con drogodependencias y otras adicciones.

Título III: De la reducción de la oferta a través de las medidas de control.

Título IV: De la organización institucional y de la promoción de la iniciativa social.

Título V: De la formación, investigación y documentación.

Título VI: De las competencias de las Administraciones Públicas.
Título VII: De las infracciones y sanciones.
Título VIII: De la financiación.

Se compone de un total de ochenta y cuatro artículos y contiene, además, siete disposiciones adicionales, tres transitorias, una derogatoria y dos finales.

Por razones de sistemática legislativa, la Ley incorpora aspectos de legislación básica o exclusiva del Estado que se entenderán automáticamente modificados cuando se produzca la revisión de la legislación estatal. En caso de que ocurra esta modificación continuarán vigentes los preceptos que sean compatibles o permitan una interpretación armónica con los preceptos estatales, en tanto no exista una adaptación expresa de la legislación autonómica.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

La presente Ley tiene por objeto:

a) La ordenación general, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden al Gobierno de La Rioja, y dentro de su ámbito territorial, del conjunto de actuaciones encaminadas a la prevención, asistencia, inserción social y laboral de personas con drogodependencias y otras Adicciones. También la regulación de las medidas de control de la oferta de sustancias potencialmente adictivas y de otros productos que pueden generar adicción.

b) La regulación general de las funciones y competencias en la materia de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia para la necesaria cooperación y coordinación en la prevención, asistencia e inserción social de drogodependientes.

c) La protección a terceras personas de los perjuicios que puede causarles el consumo de sustancias psicotrópicas o uso de productos adictivos.

d) La configuración del Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de actuaciones que en materia de drogas se llevan a cabo en La Rioja.

e) La regulación de los derechos de las personas drogodependientes.

Las prescripciones contenidas en la presente Ley serán de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que en materia de drogas se realicen dentro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 2. *Definiciones.*

1. A los efectos de la presente Ley, se consideran drogas aquellas sustancias que administradas al organismo, son capaces de generar dependencia, provocan una modificación en la conducta y efectos perniciosos sobre la salud y/o el bienestar social. Tienen tal consideración:

a) Estupefacientes y psicótropos, entendiendo por tales las sustancias o preparados sometidos a fiscalización o control en virtud de las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado Español.

b) Bebidas alcohólicas.

c) Tabaco.

d) Productos de uso doméstico o industrial y las sustancias volátiles que se determinen reglamentariamente.

e) Cualquier otra que una vez suministrada produzca los efectos sobre la salud enumerados en el punto 1.

2. A los efectos de la presente Ley, se consideran productos adictivos aquellos que son capaces de generar con su utilización, alteraciones de comportamiento y generar dependencia psicológica, tales como:

a) Máquinas de juego de tipo «B» y «C», de conformidad a la Ley 5/1999, de 13 de abril.
b) Juegos de azar y apuestas.
c) Otros dispositivos que sean susceptibles de generar dependencia psíquica.

3. Asimismo, se entiende por:

a) Trastorno adictivo: Patrón desadaptado de comportamiento que provoca una dependencia, psíquica, física o de ambos tipos, a una sustancia o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas, psicológica, física y/o social de la persona y su entorno.
b) Drogodependencia: Trastorno adictivo definido por el estado psíquico, y en ocasiones físico y social, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que produce modificaciones del comportamiento y otras reacciones psicofisiológicas, que conllevan casi siempre un impulso irreprimible por consumir la droga de modo continuado con periodicidad variable, con el fin de evitar el malestar producido por su privación.
c) Desintoxicación: Proceso terapéutico orientado a la interrupción de la dependencia física producida por una sustancia psicoactiva exógena al organismo.
d) Deshabituación: Proceso terapéutico para la eliminación o disminución de una dependencia y para recuperar la Salud Física y Mental, comprendiendo la asistencia tanto sanitaria como social.
e) Inserción/Reinserción: Proceso de incorporación de una persona a su entorno habitual como ciudadano autónomo y responsable, en el que se incluyen tanto la recuperación de las capacidades individuales de inserción social como los cambios sociales necesarios para la aceptación de las personas que padecen o han padecido trastornos adictivos.
f) Reducción de daños: Estrategias de intervención dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos que pueden producir algunas formas de uso de drogas o de las patologías asociadas al mismo.
g) Reducción de riesgos: Estrategias de intervención orientadas a modificar las conductas susceptibles de aumentar los efectos especialmente graves para la salud asociados al uso de drogas o productos adictivos.
h) Prevención: Conjunto de estrategias encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo personales y del entorno social o cultural, asociados al consumo de drogas o utilización de productos adictivos, con la finalidad de:

Reducir su demanda y su consumo.
Reducir o limitar la oferta de drogas en la sociedad.
Resolver las consecuencias que se pueden derivar de su consumo.
Minimizar las causas socioeconómicas y laborales que generan situaciones de riesgo para el consumo de drogas que se asocian a la pobreza y la desigualdad social.

4. En el marco de esta Ley, se consideran drogas institucionalizadas o socialmente aceptadas a aquéllas que pueden ser adquiridas y consumidas legalmente, siendo las principales las bebidas alcohólicas, el tabaco y los psicofármacos.

Artículo 3. *Derechos de las personas drogodependientes.*

Las personas drogodependientes que se encuentren en territorio de la Comunidad Autónoma de La Rioja, en su consideración de enfermos, disfrutan de todos los derechos recogidos en el ordenamiento jurídico vigente para los usuarios de los servicios sanitarios y sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja mereciendo particular atención los siguientes:

a) A la gratuidad de la asistencia, dentro del Sistema Sanitario Público y de los centros privados concertados, con las excepciones que se pudieran determinar reglamentariamente.
b) A recibir un tratamiento adecuado, prestado por centro y servicio acreditado.
c) A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales y al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por ninguna causa.

Asimismo, a la asistencia sanitaria sea cual fuere la procedencia, credo, ideología, sexo y cualquier otra condición física, psíquica o social.

d) A la voluntariedad para iniciar y cesar el tratamiento, excepto en los casos señalados en la legislación vigente.

e) A solicitar el alta terapéutica cuando lo desee salvo los incursos en proceso judicial.

f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en cualquier dispositivo asistencial de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

g) A información completa y gratuita, comprensible y continuada, verbal y escrita, sobre el proceso de tratamiento que esté siguiendo.

h) A que se le extienda certificación gratuita acreditativa sobre su situación, así como sobre el tratamiento que haya seguido o esté siguiendo.

i) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso asistencial.

j) El usuario de un centro de drogodependencia en régimen de internado tiene derecho a una alimentación equilibrada especificada mediante un calendario semanal y al ejercicio de queja o reclamación mediante un sistema establecido.

k) Derecho a una atención física, psicológica y social de modo completo.

l) A la no discriminación en la asistencia o inserción social en razón de la opción terapéutica contra la adicción que esté recibiendo la persona afectada, tanto en lo referente a asistencia de otras patologías orgánicas o psíquicas, como en lo referente a sus opciones de rehabilitación social y laboral.

m) A la información sobre los servicios a los que puede acceder y los requisitos y exigencias o condiciones que plantea su tratamiento así como a la libre elección de opciones de tratamiento que determinen los correspondientes servicios sanitarios.

n) A la libre elección entre las opciones de tratamiento y a la negativa al tratamiento, excepto en los casos señalados en la legislación estatal en materia de sanidad.

ñ) A un trato digno y respetuoso.

o) A la utilización de las vías de reclamación mediante el sistema establecido en los dispositivos de atención.

p) A cualesquiera otros derechos reconocidos por la normativa vigente.

Artículo 4. *Principios rectores.*

Las actuaciones que en materia de drogodependencias se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de La Rioja responderán a los siguientes principios rectores:

a) La consideración de las drogodependencias y del abuso o uso indebido de las drogas como problemas de la salud con repercusiones en la esfera biológica, psicológica y social, así como en el entorno familiar o de convivencia de las personas.

b) La promoción de hábitos saludables que favorezcan una cultura de la salud y la solidaridad y apoyo a las personas con problemas de drogodependencias.

c) La prioridad de las intervenciones cuyo objetivo sea la prevención del consumo de drogas o de los problemas que de él puedan derivarse.

d) La integración de las actuaciones en materia de drogodependencias en los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

e) La responsabilidad de las Administraciones Públicas en el desarrollo, la coordinación de las intervenciones y la participación activa de la Comunidad en el diseño de las actuaciones.

f) La modificación de las actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a las drogodependencias, generando una conciencia solidaria frente a este problema.

Artículo 5. *Garantías de los derechos.*

1. La Comunidad Autónoma de La Rioja establecerá reglamentariamente el contenido y alcance específico de dichos derechos y las garantías de reparación que procedan por su incumplimiento.

2. Las infracciones por violación de estos derechos estarán sometidas al régimen sancionador contemplado en esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias o de otro tipo del personal autor de las mismas.

3. Los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados de atención al drogodependiente dispondrán de información accesible de los derechos de los pacientes y hojas de reclamaciones y sugerencias al público.

4. El ingreso de una persona en un centro o servicio vendrá precedido de la firma del correspondiente contrato terapéutico, en el que se reflejen con claridad los derechos y obligaciones a observar en el proceso de recuperación.

TÍTULO I

Medidas preventivas

CAPÍTULO I

De la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos

Artículo 6. *Medidas preventivas generales.*

Corresponde a las Administraciones Públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, desarrollar, promover, apoyar, fomentar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendentes a:

a) Informar adecuadamente a la población general sobre las sustancias y conductas que pueden generar dependencia, así como de sus efectos y de las consecuencias derivadas del uso y/o abuso de las mismas.

b) Educar a la población en la creación de hábitos saludables, especialmente a los jóvenes.

c) Intervenir sobre las condiciones sociales y otras variables o factores que puedan incidir en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia y sus consecuencias.

d) Actuar sobre los factores de riesgo específicos de carácter individual, familiar, laboral y del entorno asociado al consumo de drogas y otras conductas adictivas.

e) Potenciar la implantación de programas preventivos en los ámbitos sanitario, familiar, escolar, laboral y comunitario, coordinados dentro de políticas globales de actuación.

f) Adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas, no sólo para los propios afectados sino también para terceras personas.

g) Eliminar y, en todo caso, limitar la presencia, promoción y venta de drogas.

h) Promover la calidad de los programas preventivos mediante las oportunas medidas de control y evaluación de los mismos.

i) Formar profesionales en materia de prevención de las drogodependencias.

j) Apoyar desde las Administraciones Públicas a los colectivos sociales que trabajan en este ámbito, para desarrollar actividades tendentes a la prevención del consumo de drogas.

k) Desarrollar políticas que coordinen a los medios de comunicación como agentes de transmisión de valores en la familia, con las Administraciones Sanitaria, Educativa, de Servicios Sociales, el movimiento asociativo y otras entidades y Administraciones que les competa, para generar estados de opinión y actitudes contrarias al consumo de drogas, alcohol y tabaco, en el seno de la familia.

Artículo 7. *Actuaciones prioritarias.*

1. El Gobierno de La Rioja, recogiendo las propuestas presentadas por los departamentos, entidades y asociaciones representadas en los órganos de participación del Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones, dentro de su ámbito de competencia y en colaboración con otras Administraciones Públicas y entidades públicas y privadas, promoverá las siguientes actuaciones:

a) La realización de políticas globales preventivas que comprendan la coordinación de los distintos sectores, de participación social, educativos, sanitarios, de servicios, sociales, económicos, policiales y judiciales.

b) La planificación de la educación para la salud a lo largo de todo el proceso educativo, promoviendo la participación del profesorado mediante su formación y prestando una particular atención a la prevención de las drogodependencias.

c) El desarrollo de políticas de actuación que promuevan la diversificación de la oferta de actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a los jóvenes que desarrollen formas de utilización del tiempo no relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas.

d) El ejercicio de acciones en prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el medio laboral considerada como una medida más de promoción de la salud en las empresas y como medida de prevención de riesgos laborales asociados a su consumo, tanto para el afectado como para terceras personas.

e) La realización de programas comunitarios de prevención de las drogodependencias dirigidos a grupos de riesgo por la concurrencia de situaciones de marginación y pobreza. En su caso, se promoverá la coordinación entre actuaciones municipales y regionales, así como la participación de representantes sociales de dichos colectivos en el diseño de los planes preventivos.

f) El diseño de estrategias preventivas dirigidas a la familia como núcleo principal de transmisión de actitudes y valores con relación al uso y abuso de drogas.

g) La creación de los mecanismos para la homologación, acreditación y autorización de programas de prevención de las drogodependencias que se realicen en La Rioja, con especial referencia a los de ámbito escolar.

h) La coordinación entre las actuaciones regionales y municipales para un desarrollo urbano equilibrado que favorezca la superación de las causas que inciden en la aparición de las drogodependencias, contribuyendo a la eliminación de la marginación y a la regeneración del tejido urbano y social.

i) La realización de programas orientados a generar una conciencia social, solidaria y participativa que facilite la integración de los drogodependientes, así como la modificación de actitudes y comportamientos de la población en general con relación a los mismos.

2. La determinación de estas actuaciones prioritarias que se deban desarrollar se realizará con la participación de sectores implicados a través de los órganos de participación del Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.

3. Para el desarrollo de una política sobre prevención de drogodependencias continuada, participativa y extensa en todo el territorio de La Rioja, los Ayuntamientos, de forma individual o mancomunada, elaborarán Planes Municipales sobre Drogas. Para la ejecución de dichos planes se promoverá por parte de los Ayuntamientos y las Administraciones Sanitaria y Social una red de técnicos en prevención de las drogodependencias.

CAPÍTULO II

Medidas preventivas y criterios de actuación

Artículo 8. *Criterios de actuación en la prevención de los trastornos por drogodependencias y otras adicciones.*

Corresponderá a las distintas Administraciones Públicas, en coordinación con otros departamentos, entidades privadas, asociaciones e instituciones, dentro de su competencia, promover y desarrollar actuaciones de prevención de las drogodependencias, según los siguientes criterios:

1. La prevención se entiende como una actividad prioritaria dentro de las acciones contra las drogodependencias que desarrollen los agentes implicados.

2. La corresponsabilidad entre Administraciones y la participación social deben ser los ejes fundamentales de la prevención en este campo.

3. La información se configura como el eje fundamental de las actuaciones preventivas, teniendo en cuenta que deberá estar adaptada a las condiciones sociales y culturales específicas de los colectivos a que se dirige.

4. Las acciones preventivas deberán, asimismo, tender a la utilización de las nuevas tecnologías de la información para conseguir maximizar sus efectos y actuar en los nuevos canales de influencia mediática sobre las drogas.

5. La prevención tenderá tanto a la modificación de las condiciones individuales, como también a las del contexto social que inducen al abuso o mala utilización del alcohol, tabaco y otras drogas.

Artículo 9. *La prevención en la familia.*

1. La familia deberá ser objeto de especial actuación por parte del Gobierno de La Rioja en relación con uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco, desde dos vertientes: Una como objeto de las acciones de prevención del consumo de drogas en su seno y otra como agente de prevención sobre los hijos.

2. Serán de especial atención por parte de los Servicios de Salud las medidas sobre las familias de riesgo de consumo de drogas. Aquellas familias desfavorecidas o en situación de riesgo social serán objeto de especial atención, además, por parte de los Servicios Sociales.

Las medidas de prevención inespecífica de las drogodependencias se considerarán de actuación preferente para favorecer la promoción social y la implicación y fortalecimiento de las redes sociales como elementos de protección contra las drogodependencias.

3. En general, el Gobierno de La Rioja, desde su competencia potenciará acciones conducentes a mejorar las condiciones de vida y superar factores de marginación de las familias que inciden en el consumo de drogas. Para ello se desarrollarán medidas de impulso del asociacionismo en grupos de riesgo, planificación de servicios socioculturales accesibles para los colectivos desfavorecidos, promoción de alternativas de formación y empleo que minimicen el fracaso escolar y planificar actividades solidarias y equilibradas que fomenten la superación de factores que pueden favorecer la aparición de drogodependencias.

Artículo 10. *La prevención a través del ocio y la utilización del tiempo libre.*

1. El Gobierno de La Rioja, a través de sus Consejerías con competencia en juventud, cultura, educación, servicios sociales y salud, en colaboración con la Administración Local, deberá desarrollar una política coordinada de promoción de formas saludables de utilización del ocio y el tiempo libre entre los adolescentes y jóvenes que prevenga el consumo de drogas, alcohol y tabaco. Para ello, deberán coordinar y planificar la política de subvenciones a las asociaciones que tienda a conseguir las máximas actividades preventivas de este tipo.

2. Se potenciará la introducción en el currículum formativo escolar del aprendizaje en la elección de formas de ocio y diversión saludables.

3. Se articularán mecanismos para que los locales de venta de bebidas alcohólicas realicen actividades promocionales de bebidas no alcohólicas y, en general, actividades promotoras de formas de diversión no ligadas al consumo de alcohol como medida preventiva dirigida a los jóvenes especialmente.

Artículo 11. *La prevención de las drogodependencias en el medio escolar.*

1. Las Administraciones Educativa y Sanitaria desarrollarán planes conjuntos y programaciones de actividades de prevención de las drogodependencias en el medio escolar. La implantación de programas de educación para la salud que promuevan estilos de vida saludables, será un objetivo prioritario en desarrollo de acciones transversales por parte del profesorado.

2. La Administración Educativa deberá poner en marcha un programa continuado de formación del profesorado en prevención del abuso de drogas, que deberá contemplar la realización de acciones preventivas en el aula como parte de formación.

3. Se establecerán los mecanismos para asegurar unos niveles de calidad en los programas preventivos y conseguir el cumplimiento de los fines para los que se implantan, tal y como se recoge en el artículo 7.1.g) de esta Ley.

Artículo 12. *La prevención en el medio laboral.*

El Gobierno de La Rioja, a través de la Consejería competente en la materia, en colaboración con otras Administraciones y los agentes sociales, pondrán en marcha programas de prevención en el medio laboral sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco, como parte de las actividades previstas en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Artículo 13. *La prevención desde el medio sanitario.*

Corresponde a la Administración Sanitaria en sus distintos departamentos, la prevención de las drogodependencias teniendo en cuenta que la planificación de la misma, la coordinación y el impulso de programas corresponderá a la Consejería competente en materia de salud.

La atención primaria de salud actuará preventivamente mediante programas para la modificación de hábitos sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco. Asimismo, trabajará en programas de detección temprana de problemas de abuso, uso inadecuado y dependencia de las sustancias señaladas.

Artículo 14. *La prevención desde los servicios sociales.*

Corresponde a los servicios sociales la realización de programas preventivos dirigidos a favorecer la promoción social de los individuos o grupos de riesgo de drogadicción estableciendo acciones que potencien los factores de protección social frente a la marginación social.

TÍTULO II

Asistencia e inserción social de las personas con drogodependencias y otras adicciones

CAPÍTULO I

De las medidas generales

Artículo 15. *Medidas generales para la asistencia e inserción social.*

Corresponde a las Administraciones Públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, asegurar que las acciones que se desarrollen en la Comunidad Autónoma de La Rioja orientadas hacia las personas con drogodependencias y otros trastornos adictivos, tenga como finalidad:

1. Garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando la calidad y eficacia de los diferentes servicios y programas integrados en la Red Asistencial de Utilización Pública.

Dicha asistencia deberá ser accesible y diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar.

2. Asegurar la coordinación entre los distintos servicios de la red de asistencia e inserción social de las personas con drogodependencia y otras adicciones.

3. Garantizar el respeto a los derechos de las personas con drogodependencias y otras adicciones como usuarios de los servicios de las Administraciones Públicas.

4. Promover las actuaciones precisas para que la atención a los drogodependientes de cualquier sustancia adictiva sean tratados en la Red Sanitaria Pública y figuren en el catálogo de prestaciones sanitarias.

5. Desarrollar medidas activas para mejorar las vías de acceso de las personas drogodependientes a los dispositivos asistenciales.

6. Mejorar los niveles de salud de las personas drogodependientes.

7. Favorecer la inserción social de las personas con drogodependencias potenciando la consideración de enfermo frente a la de delincuente ante el cumplimiento de penas.

8. Potenciar fórmulas de inserción social del drogodependiente en entornos sociales y laborales normalizados.

9. Crear el clima y la cultura social que favorezca la solidaridad y la colaboración de la sociedad en la asistencia e inserción social de las personas con drogodependencias y otras adicciones.

CAPÍTULO II

Medidas de asistencia y criterios de actuación

Artículo 16. *Criterios de actuación en la asistencia a los trastornos por drogodependencias y otras adicciones.*

Sobre la base de la plena integración de la asistencia a los drogodependientes de cualquier sustancia adictiva en los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja y de la total equiparación de todos los enfermos de dichos trastornos adictivos al resto de enfermos por otras patologías, los servicios sanitarios y sociosanitarios deberán adecuarse a los siguientes criterios de actuación:

1. La atención a los problemas de salud de las personas drogodependientes se realizará preferentemente en el ámbito comunitario, utilizando los recursos asistenciales extrahospitalarios y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

2. La atención sanitaria extrahospitalaria se articulará en recursos ambulatorios y recursos intermedios de rehabilitación y emergencia o acción inmediata.

3. La atención hospitalaria se realizará en las unidades de hospitalización psiquiátrica que deberán disponer de programas de atención a drogodependientes específicos.

4. La puerta de entrada a la red de asistencia de las drogodependencias, el alcoholismo y tabaquismo, será la atención primaria.

5. La atención en segundo nivel a los trastornos por drogodependencias y alcoholdependencias estará integrada en la Red de Atención a la Salud Mental. La atención al tabaquismo se deberá realizar, según criterios establecidos, preferentemente en atención primaria, en coordinación con la Red de Salud Mental y Unidades Especializadas.

6. Los programas terapéuticos deberán ser integrales y contemplar una atención biopsicosocial. Por ello, los equipos profesionales deberán ser multidisciplinares y coordinados entre niveles y recursos comunitarios, sanitarios y sociales. Igualmente se procurará una continuidad en los programas terapéuticos con independencia del nivel concreto de actuación.

7. La asistencia, a través de sus programas de tratamiento, contemplará diferentes perspectivas en función de las características de los pacientes.

Artículo 17. *Asistencia y programas específicos.*

El Gobierno de La Rioja, dentro de sus competencias y en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes y las entidades privadas e instituciones convenientemente acreditadas, promoverán las siguientes actuaciones:

1. La promoción de programas de desintoxicación y de deshabituación, desde los niveles primarios de salud y salud mental.

2. La potenciación de programas asistenciales de objetivos basados en la abstinencia, así como en la disminución de riesgos, la deducción de daños y la mejora general de las condiciones de salud de las personas con drogodependencias.

3. El establecimiento de programas que tengan en cuenta los distintos niveles de intensidad y cronicidad de la adicción a drogas, alcohol o tabaco, que cubran actuaciones desde el consejo sanitario hasta los programas de utilización de sustancias sustitutivas.

4. El desarrollo de programas terapéuticos que mejoren la accesibilidad de las personas drogodependientes a los mismos, especialmente de los colectivos de mayor riesgo sanitario y alta cronicidad.

5. La incorporación, como actividad de la atención primaria, de programas antitabáquicos y antialcohólicos.

Por otro lado realizarán actividades de detección precoz de drogodependientes, derivaciones a salud mental y seguimiento de patologías crónicas en personas con adicciones.

6. La potenciación de la dotación de medios suficientes a la Red de Salud Mental para realizar protocolos de intervención específica para drogodependientes de cualquier sustancia adictiva, en los términos de coordinación con los niveles primario y especializado que se determinen.

7. La inclusión en los programas asistenciales para drogodependientes de las actividades para la inserción social y laboral de los afectados, en coordinación con entidades, asociaciones y otras Administraciones a las que le competa la materia.

Artículo 18. *Asistencia en los ámbitos judicial y penitenciario.*

La Administración del Gobierno de La Rioja:

1. Promoverá programas de atención a la población reclusa drogodependiente, en colaboración con el sistema penitenciario, que serán de carácter integral, contemplándose acciones de educación sanitaria, asistencia psicológica y psiquiátrica, y asistencia social.

2. Serán de interés preferente las acciones en el medio penitenciario de reducción de riesgos por consumo de drogas, tales como los programas con sustitutivos opiáceos o los programas de intercambio de jeringuillas.

3. Se promoverá el cumplimiento alternativo de penas a la prisión, a través de recursos públicos o privados acreditados.

4. Se asegurará en todo caso que la oferta de programas de tratamiento dentro del centro penitenciario sea la misma que la que dispone el resto de las personas drogodependientes.

5. Se pondrá en funcionamiento un programa de prevención del delito por consumo de drogas, que irá orientado al detenido drogodependiente para facilitar una intervención temprana sobre los delitos motivados por drogodependencias, orientación a las familias afectadas y gestión de posibles sustituciones de internamientos penitenciarios por otras medidas.

Artículo 19. *Asistencia en el ámbito laboral.*

1. El Gobierno de La Rioja impulsará programas de asistencia en el ámbito laboral que faciliten la atención a trabajadores con problemas de consumo de drogas.

Para el diseño, ejecución y evaluación de estos programas deberán participar los agentes sociales (empresarios y sindicatos), servicios médicos de empresa y Comités de Prevención de Riesgos Laborales.

2. Se impulsarán acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos que consideren las drogodependencias y la alcoholdependencia como problemas de salud y que aseguren la posibilidad de rehabilitación del afectado y la reserva de su puesto de trabajo una vez finalizado el tratamiento. Asimismo, se potenciará el desistimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en los casos de abuso de drogas y alcohol.

3. La asistencia sobre drogodependencias en el ámbito laboral tenderá a ser participativa, integral, integrada, voluntaria, planificada, confidencial y segura.

CAPÍTULO III

Medidas de inserción social y criterios de actuación

Artículo 20. *Criterios de actuación en la inserción social de las personas con drogodependencias.*

La inserción social de los drogodependientes será elemento esencial en la plena integración social y laboral de las personas afectadas y de su entorno, según los siguientes criterios:

1. La inserción social se entiende como una parte ligada, de modo continuado, con el proceso asistencial del drogodependiente.

2. Se considera que la inserción debe ser integral y debe incidir en los distintos aspectos de la persona: Individual, familiar, educativo, sanitario y laboral, entre otros, además de la acción sobre el entorno social del drogodependiente como agente que ha ejercido la exclusión.

3. La inserción debe ser entendida como un proceso flexible en el que caben objetivos mínimos, intermedios y definitivos.

4. Se debe tender a la utilización máxima de recursos normalizados de la comunidad para la realización de este proceso. Ésto deberá completarse con la creación y desarrollo de actuaciones específicas que busquen la cobertura de carencias, entendidas como puente para la utilización de recursos normalizados.

5. Se debe perseguir la autonomía personal y la participación sociolaboral mediante la elaboración de itinerarios de inserción personalizados.

Artículo 21. *Inserción social y programas específicos.*

El Gobierno de La Rioja, dentro de sus competencias, en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes y las entidades privadas e instituciones promoverá:

1. Programas de inserción social de drogodependientes desde la educación, el empleo y los servicios sociales como lugares idóneos para el impulso y ejecución de las medidas normalizadoras e integradoras.

2. Se procurará que, dentro del carácter general de las medidas de inserción social, se elaboren programas y se dote de los medios oportunos para cubrir las necesidades específicas del colectivo de drogodependientes.

3. Se crearán órganos de coordinación de los programas asistenciales y de inserción social de drogodependientes para asegurar un abordaje continuado e integrado de los mismos.

CAPÍTULO IV

De la red de asistencia e inserción social del drogodependiente

Artículo 22. *Características generales.*

La Red de Asistencia e Inserción Social del Drogodependiente se configura como una Red de Utilización Pública diversificada. En esta Red se integran de modo coordinado centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Servicios Sociales, complementados con recursos privados debidamente acreditados. En ningún caso los recursos de la Red de Asistencia e Inserción Social del Drogodependiente formarán una red propia separada de las redes de asistencia generales.

Artículo 23. *Niveles asistenciales y de inserción social.*

La Red de Asistencia e Inserción Social del Drogodependiente se estructura en tres niveles básicos de intervención. El circuito terapéutico, la jerarquización de los recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes al mismo, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención, serán determinados y desarrollados por el Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.

Para el buen funcionamiento del circuito terapéutico se potenciará la coordinación de cada nivel y servicio asistencial en el ámbito de las funciones que esta Ley, su desarrollo reglamentario y el Plan Riojano de Drogodependencias les atribuyan.

En los programas asistenciales que se desarrollen en los ámbitos judicial, penitenciario y laboral, se atenderá a sus protocolos específicos y la coordinación con el resto de la Red de Asistencia e Inserción Social.

Artículo 24. *Primer nivel.*

1. El primer nivel estará constituido por:

a) Los Equipos de Atención Primaria, distribuidos en Zonas Básicas de Salud.
b) Los Servicios Sociales de Base, distribuidos en Zonas Básicas de Servicios Sociales.
c) Programas educativos y de formación laboral.
d) Servicios de Urgencia Sanitaria de Atención Primaria.
e) Los Programas que se determinen desarrollados por Asociaciones de Ayuda y Autoayuda y otras Entidades.

2. Son funciones del nivel primario de atención a las personas drogodependientes:

a) Información, orientación, motivación y educación sanitaria.
b) Diagnóstico, detección precoz, desintoxicaciones y deshabituaciones de primer nivel y atención a las urgencias de atención primaria.
c) Atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al consumo de drogas.
d) Apoyo a su proceso de incorporación social.
e) Apoyo a sus familias y entorno afectivo.
f) Apoyo al proceso formativo y de inserción laboral.

El Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones establecerá los mecanismos de coordinación y reparto de funciones entre los centros, servicios y asociaciones, garantizando una actuación integral en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 25. *Segundo nivel.*

1. El segundo nivel estará constituido por:

a) Centros o Unidades específicas acreditadas de atención ambulatoria a drogodependientes.
b) Equipos de Salud Mental.
c) Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales.
d) Programas de rehabilitación en régimen intermedio.
e) Hospitales Generales.
f) Centros o programas acreditados de tratamiento con sustitutivos opiáceos.
g) Centros o programas específicos para la formación e inserción sociolaboral del drogodependiente.

2. Son funciones básicas de los servicios y programas del segundo nivel las siguientes:

a) La desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
b) El apoyo a los procesos de inserción social.
c) La atención a la patología somática asociada al consumo de drogas.
d) La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
e) La educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos del SIDA.

Artículo 26. *Tercer nivel.*

1. El tercer nivel estará constituido por los siguientes centros y servicios, con ámbito de actuación regional:

a) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
b) Centros Residenciales de Internamiento.
c) Otros.

2. Es función de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria la desintoxicación de personas drogodependientes.
3. Son funciones básicas de las Comunidades Terapéuticas Acreditadas la desintoxicación, deshabituación y rehabilitación en régimen residencial de personas drogodependientes.

Artículo 27. *Sobre la autorización y acreditación de centros o servicios de atención a las drogodependencias.*

1. El Gobierno de La Rioja establecerá reglamentariamente los requisitos y procedimientos para la autorización administrativa y acreditación de centros y servicios de atención a las drogodependencias.
2. En todo caso, los citados centros y servicios deberán contar, al menos, con:

a) Un Director o responsable del centro o servicio.
b) Personal técnico cualificado en las áreas sanitaria, social, psicológica y laboral que será definido reglamentariamente atendiendo al tipo de centro de que se trate.
c) Documento acreditativo del cumplimiento de la normativa vigente en materia de normas técnicas, sanitarias y de seguridad vigentes, así como de mantenimiento de instalaciones.
d) Documento acreditativo del cumplimiento de la normativa laboral y de seguridad social vigentes.
e) Documentos escritos sobre programas de actuación que se vayan a llevar a cabo, con detalle de métodos y técnicas que se emplean, así como los objetivos que se persiguen. Deberán incluir el cumplimiento de los derechos de los usuarios estipulados en esta Ley.
f) Libro de Registro con reglamentación de régimen interno, registro de usuarios, expedientes personales, registro de ingresos y altas, libro de reclamaciones a disposición de usuarios y familiares, régimen de precios de los diferentes servicios en el caso de centros privados.

CAPÍTULO V

La información y vigilancia epidemiológica sobre drogas

Artículo 28. *Información.*

1. La Administración Pública promoverá estrategias de comunicación sobre el fenómeno de las drogas, el alcohol y el tabaco; sus causas y efectos a fin de promover la modificación de actitudes y hábitos en relación a su consumo y fomentará la participación de los medios de comunicación en estas estrategias.
2. La Administración Sanitaria, determinará a través de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, la frecuencia asistencial, la morbilidad y la mortalidad por drogodependencias.
3. La Administración Sanitaria, a través del Instituto Riojano de Salud Laboral, realizará actividades informativas y formativas sobre los efectos del consumo de drogas, alcohol y tabaco en el medio laboral, destinadas a trabajadores y empresarios. Del mismo modo, se apoyarán las acciones informativas que realicen las empresas por sí mismas, o a través de sus mutuas o servicios de prevención.

Artículo 29. *Observatorio Riojano sobre Drogas.*

1. Para el cumplimiento de tareas de mantenimiento de un sistema de información sobre drogas; de detección de fenómenos emergentes en el consumo de drogas y para la realización de tareas de investigación sobre drogodependencias y asesoramiento a instituciones, organismos, entidades y la sociedad en general; se creará un Observatorio Riojano sobre Drogas, dentro del Servicio de Apoyo Técnico y Administrativo del Comisionado Regional para la Droga, contemplado en el artículo 56 de la presente Ley. A estos efectos, el Observatorio recabará información sobre las drogas y sus repercusiones sanitarias, sociales, policiales y judiciales a los agentes implicados.
2. El Gobierno de La Rioja promoverá a través del Observatorio Riojano sobre Drogas encuestas periódicas, estudios epidemiológicos, económicos y sociales para conocer la incidencia, prevalencia y la problemática, en general, del consumo de drogas. Asimismo, se promoverán líneas de investigación sobre drogas, así como sobre la evaluación de programas de prevención y de métodos de tratamiento.

3. El Observatorio promoverá la mejora de los recursos de documentación en materia de drogas, así como el acceso a los mismos a organismos públicos y privados, profesionales y a cuantos estén interesados en su estudio e investigación.

4. En lo concerniente a las garantías de protección del tratamiento de los datos que pudieran ser registrados en el Observatorio Riojano sobre Drogas se estará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal («Boletín Oficial del Estado» 298/1999, del 14).

TÍTULO III

De la reducción de la oferta a través de las medidas de control

CAPÍTULO I

De las medidas de control de la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco

Artículo 30. *Limitación de la publicidad del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.*

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, y con respeto de lo fijado en la Ley 4/1998, de 18 de marzo, del Menor, la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco deberá respetar, en todo caso, las siguientes limitaciones:

1. No podrá estar dirigida específicamente a las personas menores de dieciocho años ni en particular presentar a los menores consumiendo bebidas alcohólicas y tabaco.

2. Queda prohibida la utilización de la imagen y de la voz de menores de dieciocho años.

3. No deberá asociarse el consumo de alcohol y tabaco a una mejora del rendimiento físico, a la conducción de vehículos o al manejo de armas, ni dar la impresión de que dicho consumo contribuye al éxito social o sexual, ni sugerir que tienen propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante, o que constituyen un medio para resolver conflictos. Tampoco podrá asociarse este consumo a prácticas educativas, sanitarias o deportivas.

4. No deberá estimular el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de tabaco y ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad, ni subrayar como cualidad positiva de las bebidas su alto contenido alcohólico.

5. Sólo se podrán hacer reproducciones gráficas de las marcas o nombres comerciales que estén debidamente registrados, a los cuales en todo caso deberá ir unida la mención, con caracteres bien visibles, de los grados de alcohol de la bebida a que se refieren, y del contenido de nicotina y alquitrán en las labores de tabaco.

Artículo 31. *Limitación de la promoción del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.*

1. Cuando la actividad de promoción del consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco se lleve a cabo con ocasión de ferias, muestras y actividades similares, ésta se realizará en espacios diferenciados. En estas actividades no estará permitido ni el ofrecimiento ni la degustación gratuita a menores de dieciocho años.

2. Queda prohibida la promoción de bebidas alcohólicas en los establecimientos y locales de venta o suministro que supongan una incitación directa a un mayor consumo mediante ofertas promocionales, premios, sorteos, concursos, fiestas o rebajas de los precios estipulados según tarifas autorizadas.

3. No podrá realizarse el patrocinio o financiación de actividades deportivas o culturales, dirigidas preferentemente a menores de dieciocho años, por parte de personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación o la venta de bebidas alcohólicas y tabaco, si ello lleva aparejado la publicidad de dicho patrocinio, o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionadas con las bebidas alcohólicas y el tabaco.

Artículo 32. *Limitación en la publicidad exterior e interior de bebidas alcohólicas y tabaco.*

1. Queda prohibida la publicidad exterior de bebidas alcohólicas y tabaco, entendiendo por tal aquella publicidad susceptible de atraer, mediante la imagen o el sonido, la atención de las personas que permanezcan o discurran por ámbitos de utilización general o en lugares abiertos.

2. Quedan exceptuadas de esta prohibición las señales indicativas propias de los puntos de producción y venta legalmente autorizados, que estarán sometidas, no obstante, a las limitaciones del artículo 30 de la presente Ley.

3. Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en los siguientes locales públicos:

a) En los centros y espectáculos destinados a un público compuesto mayoritariamente por menores de dieciocho años.

b) En las instalaciones y centros deportivos, sanitarios, sociales y docentes, y sus accesos.

c) En los cines y salas de espectáculos.

d) En el interior de los medios de transporte público, así como en las salas de espera.

4. Queda prohibida la publicidad de las bebidas alcohólicas y tabaco mediante su distribución por buzones, por correo, por teléfono y, en general, mediante mensajes que se envíen a un domicilio, salvo que éstos vayan dirigidos nominalmente a mayores de dieciocho años, o que dicha publicidad no sea cualitativa o cuantitativamente significativa en relación al conjunto del envío publicitario.

Artículo 33. *Publicidad en medios de comunicación.*

1. Los periódicos, revistas y demás publicaciones gráficas, cualquier medio de registro y reproducción gráfica o sonora, así como la publicidad vertida a través de Internet, cuya edición se ubique en la Comunidad Autónoma de La Rioja, estarán sometidos a las siguientes limitaciones:

a) En las publicaciones e informaciones vertidas en Internet, a través de páginas Web o cualquier otro medio que estén dirigidas a menores de dieciocho años, está prohibida la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco.

b) En los demás casos, se prohíbe que la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco aparezca en portadas, páginas o secciones de deportes que contengan espacios dirigidos a menores de dieciocho años y en las páginas o secciones dedicadas a pasatiempos.

2. Queda prohibida la emisión de publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco desde los centros de televisión y medios radiofónicos ubicados en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 34. *Otras formas de publicidad.*

1. No se permitirá la publicidad de marcas, objetos o productos que por su denominación, vocabulario, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa puedan derivar indirectamente o encubiertamente en publicidad de bebidas alcohólicas o tabaco.

2. Se prohíbe la emisión de programas de televisión desde los centros emisores de televisión ubicados en La Rioja y realizados en la Comunidad Autónoma en los que el presentador o la presentadora del programa o cualquier otro participante aparezcan fumando o junto a bebidas alcohólicas, tabaco o menciones de sus marcas, nombres comerciales, logotipos y otros signos identificativos o asociados a tales productos.

3. Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas o tabaco con ocasión o mediante patrocinio de actividades deportivas, educativas, culturales, sanitarias o sociales, o a través de promociones tales como concursos, rifas y otras formas similares de inducción al consumo.

4. De las prohibiciones establecidas en los apartados anteriores queda excluida aquella publicidad que pudiera realizarse en programas no específicamente publicitarios resultantes de la conexión de los centros emisores ubicados en La Rioja con sus respectivas cadenas.

Artículo 35. *Actuaciones en materia de publicidad ilícita.*

La promoción de las actuaciones necesarias para evitar la utilización ilícita en materia de bebidas alcohólicas y tabaco corresponderá al Servicio de Apoyo del Comisionado Regional para la Droga, tal y como se menciona en el artículo 56.3 de la presente Ley.

CAPÍTULO II

De las medidas de control de la venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 36. *Limitaciones en la venta y suministro de bebidas alcohólicas.*

1. No se permitirá la venta ni el suministro de bebidas alcohólicas a los menores de dieciocho años.
2. Queda prohibida la venta y el suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas automáticas que no se encuentren en establecimientos cerrados y a la vista de una persona encargada de que se cumplan las prohibiciones a que alude el apartado 1.

Igualmente queda prohibida la adición, sustracción o modificación de cualquier sustancia o elemento que dé como resultado la variación de la composición fraudulenta de bebidas alcohólicas.

3. No se permitirá la venta o el suministro de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

a) En los locales y centros que por las actividades y servicios que ofrecen estén preferentemente destinados a un público compuesto por menores de dieciocho años.
b) En los centros de enseñanza.
c) En las empresas y lugares de trabajo.
d) En las dependencias de las Administraciones Públicas.
e) En la vía pública, salvo terrazas, veladores y en general en puntos de venta debidamente autorizados.

4. No se permitirá el suministro y la venta de bebidas alcohólicas de más de dieciocho grados centesimales en:

a) En las estaciones de servicio de carburantes, áreas de servicio y establecimientos hosteleros de autovías y autopistas.

5. Todos los lugares aludidos en los párrafos precedentes recogerán la prohibición mediante la señalización en la forma que se determine reglamentariamente.
6. No se permitirá la venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años en supermercados, comercios y grandes superficies comerciales. Estos lugares tendrán obligación de señalizar según se determine reglamentariamente, en lugar visible al público, en las zonas de caja y en la sección delimitada de las bebidas alcohólicas, la prohibición referida.
7. Para contribuir a la reducción del abuso de bebidas alcohólicas, las Corporaciones Locales podrán establecer los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de este tipo de bebidas.

Artículo 37. *Limitaciones en la venta y suministro de tabaco.*

1. Se prohíbe vender o suministrar tabaco, sus productos, labores o imitaciones, que puedan suponer una incitación al uso de los mismos a personas menores de dieciocho años.
2. Se prohíbe la venta o el suministro de tabaco.

a) A través de máquinas automáticas, a no ser que se encuentren en establecimientos cerrados y a la vista de una persona encargada de que se cumpla la prohibición establecida en el apartado 1. Con el fin de contribuir al control de la venta del tabaco, se incluirá en las máquinas expendedoras la información expresa y clara que prohíba la venta y distribución a menores de dieciocho años.
b) En los centros sanitarios y educativos que impartan enseñanza a menores de dieciocho años, así como en sus dependencias.

c) En las instalaciones deportivas.

d) En los centros y locales que por las actividades y servicios que ofrecen sean frecuentados preferentemente por menores de dieciocho años.

e) Incumpliendo las normas sobre envasado y etiquetado establecidas en la legislación vigente.

f) Salones recreativos de tipo «A».

g) En los establecimientos de todo tipo en que se venda tabaco, se deberán colocar carteles informativos en los que se refleje la prohibición de venta, suministro y dispensación gratuita o no de tabaco a personas menores de dieciocho años. La dimensión y características de los mismos se determinará reglamentariamente.

Artículo 38. *Limitaciones del consumo de bebidas alcohólicas.*

1. Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

a) En los locales y centros que por las actividades y servicios que ofrecen estén preferentemente destinados a un público compuesto por menores de dieciocho años.

b) En los centros que impartan enseñanza a alumnos menores de dieciocho años.

c) En las empresas y lugares de trabajo, salvo situaciones excepcionales ligadas a conmemoraciones o festividades.

d) En las dependencias de las Administraciones Públicas, salvo situaciones excepcionales ligadas a conmemoraciones, festividades, o actividades de representación y protocolo.

Artículo 39. *Restricciones para el acceso de menores a locales.*

1. Sin perjuicio de las limitaciones establecidas en las disposiciones específicas de protección de menores, se establecen las siguientes limitaciones de acceso y permanencia en los establecimientos públicos y actividades recreativas respecto de los menores de edad:

a) Queda prohibida la entrada y permanencia de los menores de dieciocho años en:

Casinos de juego.
Salas de Bingo.
Establecimientos especiales (clubes de alterne, barras americanas y similares).
Salones de juego que dispongan de máquinas con premios en metálico tipo «B» o «C» de acuerdo a lo establecido en la Ley 5/1999, de 13 de abril, reguladora del Juego y Apuestas.

b) Queda prohibida la entrada y permanencia de los menores de dieciséis años, salvo acompañados por sus padres, tutores o adulto responsable en:

Salas de fiesta.
Discotecas.
Salas de baile.
Establecimientos con ampliación de horario, a partir del comienzo de dicha ampliación.

Se excluye de esta limitación las Salas de Juventud en las que se permitirá la entrada y permanencia de mayores de catorce y menores de dieciséis años cuyos requisitos se regularán reglamentariamente.

c) Queda prohibida con carácter general la entrada y permanencia a los menores de catorce años, salvo acompañados de padres, tutores o adulto responsable en:

Bares.
Cafeterías.
Restaurantes y restantes establecimientos no incluidos en el apartado anterior, salvo en espectáculos infantiles y salones recreativos tipo «A».

2. A los menores de dieciocho años que accedan a establecimientos de espectáculos o actividades recreativas, no se les podrá suministrar, servir, ni permitir el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco.

3. Con carácter general, se prohíbe la venta o suministro de alcohol y tabaco a menores de dieciocho años en cualquier clase de establecimientos.

4. La Consejería competente, podrá establecer prohibiciones de acceso a determinadas clases de espectáculos públicos y actividades recreativas, con objeto de proteger a los menores, siempre que no signifiquen limitación de los derechos proclamados en el artículo 20 de la Constitución.

Artículo 40. *Limitaciones del consumo de tabaco.*

1. Existirá prohibición absoluta de fumar en todos los vehículos o medios de transporte público y privado complementario:

a) En todos los vehículos o medios de transporte colectivos, urbanos o interurbanos.
b) En los vehículos de transporte escolar y en todos los destinados total o parcialmente al transporte de menores de dieciocho años y enfermos.

2. Las empresas titulares de los medios de transporte serán responsables del exacto cumplimiento de lo establecido en el párrafo anterior. Están obligadas además a facilitar hojas de reclamación a disposición de los usuarios y usuarias y a señalizar las limitaciones de no fumar, así como las posibles sanciones derivadas de su incumplimiento. La prohibición de fumar deberá estar impresa en los billetes de los medios de transporte.
3. No se permitirá fumar en:

a) Lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador o la trabajadora por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.
b) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

4. Con las excepciones señaladas en el párrafo 5 de este artículo, no se permitirá fumar:

a) En las guarderías infantiles y centros de atención social destinados a menores de dieciocho años.
b) En los centros, servicios o establecimientos sanitarios y en sus dependencias.
c) En los centros de servicios sociales.
d) En los centros docentes.
e) En todas las dependencias de las Administraciones Públicas, salvo las que se encuentren al aire libre.
f) En los locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente al consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores y manipuladoras de alimentos.
g) En las salas de uso público general, de lectura, de conferencias y de exposiciones, tales como museos y bibliotecas.
h) En locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.
i) En las salas de teatro, cinematógrafos y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.
j) En ascensores y elevadores.

5. Se habilitarán zonas diferenciadas para fumadores ostensiblemente señalizadas en locales destinados a teatro y otros espectáculos públicos o deportivos cerrados, salas de espera de transporte colectivo, dependencias de las Administraciones Públicas y cualquier local donde no esté permitido o exista prohibición de fumar.
En caso de que no fuese posible delimitar lugares alternativos para fumadores y fumadoras, se mantendrá la prohibición de fumar en todo el local, advirtiéndolo mediante una adecuada señalización al usuario o usuaria.
6. En los locales comerciales cerrados con amplia concurrencia de personas será especialmente ostensible la señalización de las áreas para fumadores con objeto de evitar el incumplimiento de la norma en lugares escasamente controlados y el riesgo consiguiente.
7. En los centros y establecimientos sanitarios y de servicios sociales, la dirección de los mismos diferenciará y señalizará las áreas específicas donde se permita fumar, que serán en todo caso independientes para los usuarios y usuarias de los servicios y visitantes y para el personal de los centros.
8. En los centros docentes se permitirá fumar exclusivamente en las áreas expresamente reservadas al efecto por el órgano de dirección de los mismos, las cuales en ningún caso

podrán ser zonas de convivencia entre Profesores y Profesoras y alumnos y alumnas, en caso de que éstos y éstas sean menores de dieciocho años.

9. En todo caso, los o las titulares de los locales, centros y establecimientos, así como los órganos competentes en los casos de los centros o dependencias de las Administraciones Públicas, mencionados en los párrafos 3 y 4 de este artículo, serán responsables del estricto cumplimiento de estas normas. Asimismo, estarán obligados/as a señalizar las limitaciones y prohibiciones y deberán contar con las hojas de reclamación a disposición de los usuarios/as, de cuya existencia habrán de ser informados dichos usuarios/as.

10. En atención a la promoción y defensa de la salud, el derecho de los no fumadores, en las circunstancias en las que ésta pueda verse afectada por el consumo de tabaco, prevalecerá sobre el derecho a fumar.

CAPÍTULO III

Del control de los medicamentos, estupefacientes y psicótropos

Artículo 41. *Control e inspección.*

1. La Administración Sanitaria, en el marco de la legislación básica vigente, y de conformidad a lo dispuesto en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, prestará especial atención al control e inspección de estupefacientes y psicótropos, y de los medicamentos que los contengan, en las fases de producción, distribución y dispensación, así como al control e inspección de los laboratorios, centros o establecimientos que los produzcan, elaboren o importen, de los almacenes mayoristas y de las oficinas de farmacia.

2. Con objeto de evitar el consumo para fines no terapéuticos de los medicamentos que contengan estupefacientes o psicótropos, aquéllos se prescribirán mediante receta en los términos previstos en la normativa básica correspondiente.

3. El Gobierno de La Rioja regulará las condiciones y presentación a la venta de sustancias químicas que puedan producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia, a fin de evitar su uso como drogas.

Artículo 42. *Medicamentos estupefacientes y psicótropos.*

En relación con la prevención y la correcta utilización de los medicamentos estupefacientes y psicótropos, la Administración Sanitaria realizará:

1. La Consejería con competencias en materia de salud elaborará y proporcionará información actualizada a los usuarios y profesionales de los Servicios Sanitarios sobre la utilización en La Rioja de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y demás medicamentos capaces de producir dependencia.

2. El seguimiento de la utilización por parte de la población de estos medicamentos, para conocer los tipos y cantidades de productos utilizados, así como otros aspectos que pudieran tener relevancia para la salud pública.

3. Prestará especial atención a la educación social para la prevención del uso extraterapéutico de estos medicamentos mediante campañas de concienciación de los usuarios potenciales y efectivos, y de información general y específica de los productos en cuestión, así como a la prevención del desvío al tráfico ilícito de tales sustancias.

4. Establecerá cauces de relación con el estamento médico y con el farmacéutico a fin de concretar planes tendentes al uso moderado de estos medicamentos, así como a la detección de consumos abusivos, para paliarlos.

5. Se considerarán los factores que inciden de forma diferenciada en las mujeres y en los hombres en el consumo de medicamentos y sus consecuencias.

Artículo 43. *Control de la prescripción y dispensación.*

1. La Consejería con competencias en materia de salud prestará especial interés en la prescripción y dispensación de sustancias estupefacientes o psicótropas, dentro del marco legislativo vigente.

2. Los centros desde los cuales el facultativo prescriba fármacos estupefacientes o psicótropos, deberán requerir autorización previa de las autoridades sanitarias, sometiéndose al control e inspección de éstas.

3. Se prohíbe la prescripción de sustancias estupefacientes y psicótropas cuando no estuviera justificada, de modo objetivo, su finalidad terapéutica.

CAPÍTULO IV

Del control del consumo de otras sustancias y productos adictivos

Artículo 44. *Medidas preventivas.*

El Gobierno de La Rioja, a fin de prevenir la correcta utilización de los productos de uso doméstico o industrial y las sustancias volátiles, como colas o productos industriales inhalables, susceptibles de producir efectos nocivos para la salud y de crear dependencia o efectos psicoactivos, llevará a cabo las siguientes actuaciones:

1. Fomentará el uso de etiquetas adicionales en las que se informe de la toxicidad o peligrosidad de dichos productos.

2. Potenciará la utilización en la fabricación de tales productos de sustancias adicionales que disuadan de emplearlos en forma peligrosa y carezcan de efectos perniciosos para los usuarios y usuarias.

3. El Gobierno de La Rioja determinará reglamentariamente la relación de productos a que se refiere este artículo.

Artículo 45. *Limitaciones.*

1. En ningún caso se permitirá el suministro y la venta a menores de dieciocho años de los productos mencionados en el artículo 44.

2. Los productos que contengan las sustancias a que se refiere el artículo 44, no podrán ser presentados de manera que por su color, forma, grafismo u otras circunstancias puedan atraer especialmente la atención de los menores de dieciocho años.

Artículo 46. *Sustancias estimulantes en el deporte.*

1. Se prohíbe la prescripción y dispensación de fármacos, para la práctica deportiva, cuando su uso no estuviera justificado por necesidades terapéuticas objetivas.

2. El Gobierno de La Rioja adoptará las medidas apropiadas, en el marco de sus competencias, para eliminar el uso de aquellas sustancias prohibidas por los Organismos Deportivos Nacionales e Internacionales.

3. El Gobierno de La Rioja pondrá en marcha las medidas oportunas para el control e inspección de la distribución y venta de las sustancias susceptibles de ser desviadas para su utilización ilícita para mejorar el rendimiento deportivo.

Artículo 47. *Juego patológico y otros productos adictivos.*

1. El juego patológico, como trastorno adictivo merecerá especial interés, por parte de los sistemas educativo, sanitario y social, fomentándose la información a todos los colectivos sociales sobre la potencialidad adictiva de los juegos de azar.

2. Se efectuará la regulación normativa oportuna sobre las medidas de prevención por control de la demanda y por control de la oferta de utilización de juegos y apuestas, y otros productos adictivos.

Artículo 48. *Sobre el control de la publicidad de sustancias psicotrópicas y de pretendida finalidad sanitaria.*

1. Se prohíbe la publicidad, a través de cualquier medio gráfico, sonoro, audiovisual y electrónico (internet), cuya edición se ubique en la Comunidad Autónoma de La Rioja, de cualquier sustancia psicotrópica susceptible de crear adicción, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1990, del Medicamento.

2. Se prohíbe la publicidad, a través de cualquier medio gráfico, sonoro, audiovisual y electrónico (internet), cuya edición se ubique en la Comunidad Autónoma de La Rioja, de cualquier sustancia, material o producto para utilización farmacéutica, alimentaria, recreativa u otros usos, con pretendida finalidad sanitaria que anuncie efectos por su consumo o utilización similares a sustancias legales o ilegales que pueden producir adicción, sin perjuicio de lo establecido en el Real Decreto 1907/1996, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria y en la Ley 25/1990, del Medicamento.

TÍTULO IV

De la organización institucional y de la promoción de la iniciativa social

CAPÍTULO I

Del Plan Riojano de Drogodependencia y otras Adicciones y los Planes Municipales sobre Drogodependencias

Artículo 49. *Naturaleza y características.*

1. El Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en La Rioja.
2. El Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones será el documento básico a seguir por todas las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas.
3. La vigencia temporal será fijada por el propio Plan.

Artículo 50. *Contenido del Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.*

1. El Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones contemplará en su redacción, al menos, los siguientes elementos:

a) Análisis de la problemática y aproximación epidemiológica al consumo de drogas en La Rioja.
b) Objetivos generales y objetivos específicos por áreas de intervención.
c) Criterios básicos de actuación.
d) Responsabilidades y funciones de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones.
e) Descripción del circuito terapéutico y de los niveles de intervención.
f) Recursos necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.
g) Mecanismos de evaluación.

2. El Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones deberá precisar de forma cuantitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, sus objetivos, prioridades y estrategias, de modo que pueda medirse su impacto y evaluar sus resultados.

Artículo 51. *Elaboración y aprobación del Plan.*

1. La elaboración del Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones corresponde a la Consejería en que esté adscrito el Comisionado Regional para la Droga, de acuerdo con las directrices del Gobierno a través de sus órganos competentes.
2. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación que prevé esta Ley.
3. El Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones será aprobado por el Gobierno de La Rioja a propuesta del Consejero correspondiente.

Artículo 52. *Financiación del Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.*

Los Presupuestos Generales de La Rioja incorporarán partidas presupuestarias suficientes para el sostenimiento de programas y actividades que se desarrollen al amparo del Plan.

Artículo 53. *Planes Municipales sobre Drogas.*

Será competencia de los Ayuntamientos, individual o mancomunadamente, la elaboración y desarrollo del Plan Municipal sobre Drogodependencias, de acuerdo con las directrices contenidas en el Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.

CAPÍTULO II

De la ordenación y coordinación institucional

Artículo 54. *Estructuras de coordinación y propuesta.*

Para la coordinación, seguimiento y evaluación de las actuaciones contempladas en esta Ley y en el Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones se constituyen los siguientes órganos de coordinación:

a) **(Derogada).**
b) Comisionado Regional para la Droga.
c) **(Derogada).**
d) Comisión de Coordinación de Planes Municipales sobre Drogodependencias.

Artículo 55. *Comisión Interdepartamental sobre Drogas.*

(Derogado).

Artículo 56. *Comisionado Regional para la Droga.*

1. El Comisionado Regional para la Droga del Gobierno de La Rioja es el órgano unipersonal de coordinación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en La Rioja y de gestión de los recursos destinados específicamente a este fin por la Administración de esta Comunidad Autónoma.
2. El Comisionado Regional para la Droga quedará adscrito a la Consejería que reglamentariamente se determine, con el rango que se determine, y será designado por el procedimiento adecuado según el mismo.
3. Para el desempeño de sus funciones, el Comisionado Regional para la Droga estará dotado del apoyo técnico y administrativo suficiente. El desarrollo de las funciones del Comisionado, así como los medios materiales y humanos del Servicio de Apoyo, se determinarán reglamentariamente.

Artículo 57. *Comisión Técnica y de Seguimiento del Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.*

(Derogado).

Artículo 58. *Comisión de Coordinación de Planes Municipales sobre Drogodependencias.*

1. Se creará la Comisión de Coordinación de Planes Municipales sobre Drogodependencias, presidida por el Comisionado Regional para la Droga, o persona en quien delegue, que estará formada por los representantes municipales de los Ayuntamientos que tengan Planes Municipales en esta materia.
Estará adscrita a la Consejería de la que dependa el Comisionado Regional para la Droga.
2. Se regulará reglamentariamente la participación en la Comisión de los Ayuntamientos que no tengan aprobados planes municipales y aquellos que por su tamaño o circunstancias especiales soliciten formar parte de la citada Comisión de Coordinación. Asimismo, se regularán reglamentariamente las características, funciones y régimen de funcionamiento.

CAPÍTULO III

De la participación social

Artículo 59. *Consejo de Participación Social sobre Drogodependencias.*

1. Para el cumplimiento de funciones de participación social de los sectores implicados en la lucha contra las drogodependencias en la Comunidad Autónoma de La Rioja y para actuar como promotor de dicha participación, se constituirá el Consejo de Participación Social sobre Drogodependencias.

2. Su composición, funciones y régimen de funcionamiento serán determinados reglamentariamente.

Artículo 60. *Iniciativa.*

1. Los centros, servicios, establecimientos y otros dispositivos de atención al drogodependiente de carácter privado podrán integrarse en la Red Asistencial de Utilización Pública, mediante la celebración de convenios singulares de vinculación, en los términos que reglamentariamente se determinen y siempre que los recursos indicados se ajusten a lo previsto en el Plan Riojano de Drogodependencias.

2. También podrán establecerse conciertos y conceder subvenciones para la prestación de servicios con medios ajenos a la Red Asistencial de Utilización Pública en los casos de insuficiencia de la misma.

Excepcionalmente podrá hacerse uso de servicios no vinculados o no incluidos en conciertos.

3. Para la celebración de convenios y conciertos tendrán una consideración preferente las entidades u organizaciones sin ánimo de lucro que trabajan en el cumplimiento de los fines señalados en el artículo 61.

Artículo 61. *Ámbitos de actuación de la iniciativa privada.*

Las entidades privadas e instituciones podrán cooperar con las Administraciones Públicas en el desempeño de las siguientes funciones:

a) La sensibilización social y la información.
b) La prevención de las drogodependencias.
c) La asistencia e integración social de drogodependientes.
d) La formación.
e) La investigación y evaluación.

Artículo 62. *Voluntariado.*

Las Administraciones Públicas y las entidades privadas e instituciones fomentarán la participación del voluntariado social del drogodependiente. Esta participación no podrá ser retribuida económicamente, y se regulará por lo dispuesto en la Ley del Voluntariado de la Comunidad Autónoma de La Rioja, Ley 7/1998, de 6 de mayo («Boletín Oficial de La Rioja» número 57, del 12), y normas de desarrollo.

Artículo 63. *Entidades sin ánimo de lucro.*

1. Tal y como se establece en el artículo 60.3 de la presente Ley, las entidades sin fin de lucro tendrán una consideración preferente por la Administración Pública, en el cumplimiento de las funciones señaladas en el artículo 61. En este sentido:

a) Podrán ser declaradas de utilidad pública en los términos previstos en la legislación específica.

b) Podrán tener preferencia en la celebración de convenios, subvenciones o contratos de servicios con la Administración, siempre que estén debidamente acreditados según se establezca reglamentariamente, tal y como se indica en el artículo 27 de la presente Ley.

2. Las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de La Rioja apoyarán la creación y funcionamiento de la Federación Provincial de Asociaciones en materia de drogodependencias a fin de establecer cauces de coordinación entre ambas.

TÍTULO V

De la formación, investigación y documentación

Artículo 64. *De la formación en drogodependencias y otros trastornos adictivos.*

1. La Administración de la Comunidad de La Rioja, promoverá programas específicos de formación de aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e integración social de personas drogodependientes.

2. Serán sectores preferentes de formación en el ámbito de las drogodependencias para las Administraciones Públicas los siguientes:

a) Profesionales de Atención Primaria.

b) Profesores y padres de alumnos de enseñanza primaria y secundaria.

c) Profesionales de oficinas de farmacia.

d) Funcionarios de la Administración de Justicia y Penitenciaria.

e) Profesionales del medio hospitalario de los Servicios de Urgencias y de los Servicios directamente relacionados con la población drogodependiente.

f) Miembros de Asociaciones de Ayuda y Autoayuda y Profesionales de Centros y Programas específicos de Atención a drogodependientes.

g) Personal de otras instituciones y entidades que desarrollen programas específicos en materia de drogas.

h) Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Policías Municipales.

i) Profesionales de los Servicios Sociales.

j) Representantes de asociaciones juveniles y profesionales que trabajen con este sector de población.

k) El Voluntariado.

3. Igualmente, se fomentará la formación especializada en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, desde el diseño e implementación de programas específicos de formación posgraduada en la Universidad de La Rioja, que garanticen una adecuada especialización y un número suficiente de profesionales que intervienen en la atención de los drogodependientes.

Artículo 65. *De la investigación y documentación.*

1. El Gobierno de La Rioja promoverá:

a) Encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, sanitarios, económicos y sociales para conocer la incidencia, prevalencia y problemática de las drogodependencias en la Comunidad de La Rioja.

b) Líneas de investigación, básica y aplicada, en el ámbito de las drogodependencias y la formación relacionada con la problemática social, sanitaria y económica sobre el fenómeno.

c) Centros y servicios de documentación sobre dependencias, abiertos a todas las entidades públicas y privadas, así como profesionales dedicados al estudio, investigación y atención en este área.

2. Para coadyuvar a la realización de las actuaciones establecidas en este artículo el Gobierno de La Rioja formalizará convenios de colaboración, a los cuales tendrán acceso preferente la Universidad de La Rioja.

3. Con el objeto de impulsar el estudio, la investigación y la documentación sobre drogas, se centralizarán en el Observatorio Riojano sobre Drogas referido en el artículo 29 de la presente Ley, los citados cometidos. Para ello, se le dotarán de los necesarios recursos humanos y materiales, para la consecución de sus fines.

TÍTULO VI

De las competencias de las Administraciones públicas

Artículo 66. *Competencias del Gobierno de La Rioja.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de La Rioja.

1. El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de La Rioja.
2. La aprobación del Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones.
3. La aprobación de la estructura orgánica del servicio de apoyo técnico y administrativo del Comisionado Regional para la Droga.
4. La aprobación del proyecto de Presupuesto del servicio de apoyo técnico y administrativo del Comisionado Regional para la Droga.
5. La aprobación de la estructura, regulación reglamentaria, composición, determinación de funciones, etc., de los Órganos de coordinación previstos en el artículo 54 de esta Ley.
6. La aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento de acreditación de centros de atención a drogodependientes.
7. La aprobación, modificación y revisión de las tarifas para la prestación y concertación de servicios que puedan establecerse con instituciones, entidades o particulares públicos o privados, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 67. *Competencias de la Consejería competente en materia de drogas.*

Además de aquellas otras competencias que le vienen atribuidas legalmente, corresponde a la Consejería competente en materia de drogas:

1. El control de los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias y sociosanitarias relacionadas con la prevención, así como la asistencia de las personas drogodependientes, y en particular:

a) El otorgamiento de la autorización de instalación, puesta en funcionamiento, modificación, ampliación, traslado y cierre de centros, servicios y establecimientos.
b) La acreditación de centros, servicios y establecimientos, su renovación y revocación.
c) La regulación y el mantenimiento de los registros pertinentes de las entidades, centros y programas integrados en el Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones.
d) El ejercicio de la función inspectora.
e) La evaluación de los diferentes programas preventivos y asistenciales.
f) La prevención de las drogodependencias y la educación para la salud.
g) La planificación, coordinación e impulso de programas y actuaciones de prevención de las drogodependencias, así como el control de la calidad de los mismos.
h) La detección precoz del abuso, uso inadecuado y dependencias de sustancias psicoactivas.
i) La atención a las drogodependencias, alcoholdependencia y tabaquismo, y los problemas de salud derivados de los mismos.
j) La implementación de los programas de reducción de riesgos y daños por el consumo de drogas y los programas con sustitutivos opiáceos.

3. La elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de La Rioja del Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones. Será cometido específico del Comisionado Regional para la Droga, la elaboración del texto del Plan con el apoyo del Servicio técnico y administrativo de que disponga.
4. La propuesta de nombramiento y cese del comisionado Regional para la Droga.
5. La propuesta de la estructura de apoyo técnico y administrativo del Comisionado Regional para la Droga.
6. La formulación del Anteproyecto de Presupuesto de la estructura de Apoyo Técnico y Administrativo del Comisionado Regional para la Droga.
7. La regulación y el otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades e instituciones en el campo de las drogodependencias.

8. La coordinación general con las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones de las actuaciones en materia de drogas.

Artículo 68. *Competencias de la Consejería a la que corresponde la materia de Servicios Sociales.*

Las competencias de la Consejería a la que le corresponden las materias de Servicios Sociales, con independencia de las que pudieran atribuírsele legalmente, serán:

El control de centros, servicios, establecimientos y actividades sociales y sociosanitarias relacionadas con la integración social y laboral de las personas drogodependientes, y en particular:

a) El otorgamiento de la autorización de instalación, puesta en funcionamiento, modificación, ampliación, traslado y cierre de centros, servicios y establecimientos.
b) La acreditación de centros, servicios y establecimientos, su renovación y revocación.
c) La regulación y el mantenimiento de los registros pertinentes de las entidades, centros y programas integrados en el Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones, cuya actividad se realice en el ámbito social sociosanitario y de la integración social y laboral de personas con drogodependencias.
d) El ejercicio de la función inspectora.
e) La evaluación de programas de integración social y laboral.
f) La inserción social de los drogodependientes en riesgo de exclusión social.
g) La implementación de programas de protección social sobre familias y menores en situación de riesgo de drogadicción.
h) La inserción sociolaboral para drogodependientes en rehabilitación, junto con la Consejería competente en materia de empleo.

Artículo 69. *Competencias de la Consejería a la que le corresponden las materias de Educación.*

1. La implementación de programas y actividades de prevención de las drogodependencias en el medio escolar en colaboración con la Consejería competente en la materia.
2. El control sobre la calidad de los programas y actividades de prevención que se realicen en este medio, junto con la Consejería competente en la materia.
3. La formación del profesorado en materia de drogodependencias y estilos de vida saludables.
4. La inserción social de los niños y jóvenes en riesgo de drogodependencia desde lo educativo.

Artículo 70. *Competencias de los Municipios.*

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a los Municipios de La Rioja en su ámbito territorial:

a) El establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.
b) El otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.
c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas en las propias dependencias municipales.
d) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los Municipios de más de 5.000 habitantes de La Rioja tienen las siguientes competencias:

a) La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Riojano de Drogodependencias y otras

adicciones, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes.

b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.

c) El apoyo a las Asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones.

d) La formación en materia de drogas del personal propio.

e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

TÍTULO VII

De las infracciones y sanciones

Artículo 71. *Infracciones.*

1. Son infracciones administrativas en el ámbito de las materias reguladas en la presente Ley las acciones y omisiones tipificadas en la misma, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden jurídico que pudiesen ser consecuencia de las citadas acciones y omisiones.

2. Se tipifican como infracciones:

a) El incumplimiento de las limitaciones de la publicidad del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco establecidas en el artículo 30.

b) El incumplimiento de las limitaciones de la promoción del consumo de bebidas y tabaco establecidas en el artículo 31.

c) El incumplimiento de las limitaciones en la publicidad exterior e interior de bebidas alcohólicas y tabaco establecidas en el artículo 32.

d) El incumplimiento de las limitaciones en la publicidad en los medios de comunicación establecidos en el artículo 33.

e) El incumplimiento de las limitaciones mediante otras formas de publicidad establecidas en el artículo 34.1, 2 y 3.

f) El incumplimiento de las limitaciones en la venta y suministro de bebidas alcohólicas y de tabaco establecidas en los artículos 36 y 37.

g) El incumplimiento de las limitaciones del consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco establecidas en los artículos 38 y 40.

h) El incumplimiento de las restricciones para el acceso de menores a locales establecidas en el artículo 39.

i) El incumplimiento de la normativa de autorización y acreditación de los centros o servicios de atención a los drogodependientes conforme a lo establecido en el artículo 27.

j) Dificultar o impedir cualquiera de los derechos de las personas con drogodependencias y otras adicciones como usuarios de servicios sanitarios y sociales así como los recogidos en los artículos 3 y 15 de esta Ley.

k) El incumplimiento de lo establecido en los artículos 45 y 46 sobre limitaciones en la venta y suministro de productos de uso doméstico o industrial susceptibles de generar dependencia y/o efectos psicoactivos; así como las referidas a sustancias de estimulantes en el deporte.

l) El incumplimiento de lo establecido en el artículo 43 sobre control de la prescripción y dispensación de los medicamentos estupefacientes y psicótropos.

m) La negativa a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control o inspección y el falseamiento de la información suministrada.

n) Aplicar las ayudas o subvenciones públicas a finalidades distintas a aquellas para las que se otorgan.

Artículo 72. *Clases de infracciones.*

1. Las anteriores infracciones administrativas se clasifican en leves, graves y muy graves.

2. Se consideran infracciones leves las siguientes, siempre que tales conductas no causen riesgo ni perjuicios graves para la salud:

a) La actividad de promoción del consumo de bebidas con graduación alcohólica superior a dieciocho grados centesimales y de tabaco que se lleve a cabo con ocasión de ferias, muestras y actividades similares, que no se realice en espacios diferenciados y separados.

b) La promoción de bebidas alcohólicas en los establecimientos y locales de venta o suministro que supongan una incitación directa a un mayor consumo mediante ofertas promocionales, premios, sorteos, concursos, fiestas o rebajas de los precios estipulados según tarifas autorizadas.

c) El patrocinio o financiación de actividades deportivas o culturales, dirigidas preferentemente a menores de dieciocho años, por parte de personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación o la venta de bebidas alcohólicas y tabaco, si ello lleva aparejado la publicidad de dicho patrocinio, o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionadas con las bebidas alcohólicas y el tabaco.

d) La publicidad de las bebidas alcohólicas y tabaco mediante su distribución por buzones, por correo, por teléfono y, en general, mediante mensajes que se envíen a un domicilio, salvo que éstos vayan dirigidos nominalmente a mayores de dieciocho años, o que dicha publicidad no sea cualitativa o cuantitativamente significativa en relación al conjunto del envío publicitario.

e) El suministro y la venta a menores de dieciocho años de productos de uso doméstico o industrial y las sustancias volátiles (colas, productos industriales inhalables, etc.) susceptibles de producir efectos nocivos para la salud y de crear dependencia o efectos psicoactivos.

f) Los productos que contengan las sustancias a que se refiere el punto e) del apartado 2 de este artículo, no podrán ser presentados de manera que por su color, forma, grafismo u otras circunstancias puedan atraer especialmente la atención de los menores de dieciocho años.

g) No facilitar hojas de reclamación a disposición de los usuarios o usuarias y no señalizar las limitaciones de no fumar, así como las posibles sanciones derivadas de su incumplimiento, en los transportes colectivos, urbanos e interurbanos, vehículos de transporte escolar destinados total o parcialmente a menores de dieciocho años.

h) La no señalización de las limitaciones y prohibiciones de fumar, y que no se cuente con las hojas de reclamación a disposición de usuarios y usuarias, en los locales, centros y establecimientos y dependencias de las Administraciones Públicas, mencionado en los apartados m) y n) del apartado 2 de este artículo.

i) La no habilitación de zonas diferenciadas para fumadores ostensiblemente señalizadas en locales destinados a teatro y otros espectáculos públicos o deportivos cerrados, salas de espera de transporte colectivo, dependencias de las Administraciones Públicas y cualquier local donde no esté permitido o exista prohibición de fumar.

j) La no señalización en locales comerciales cerrados con amplia concurrencia de personas, de las áreas para fumadores.

k) En los centros y establecimientos sanitarios y de servicios sociales, la no diferenciación y señalización por parte de la dirección de los mismos de las áreas específicas donde se permita fumar, que serán en todo caso independientes para los usuarios y usuarias de los servicios y visitantes y para el personal de los centros.

l) El incumplimiento de la prohibición absoluta de fumar en todos los vehículos o medios de transporte público y privado complementario:

En todos los vehículos o medios de transporte colectivos, urbanos o interurbanos.

En los vehículos de transporte escolar y en todos los destinados total o parcialmente al transporte de menores de dieciocho años y enfermos.

m) El incumplimiento de la prohibición de fumar en:

Lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador o la trabajadora por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.

Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

n) Con las excepciones señaladas en el párrafo 5 del artículo 40, el incumplimiento de la prohibición de fumar:

En las guarderías infantiles y centros de atención social destinados a menores de dieciocho años.

En los centros, servicios o establecimientos sanitarios y en sus dependencias.

En los centros de servicios sociales.

En los centros docentes.

En todas las dependencias de las Administraciones Públicas, salvo las que se encuentren al aire libre.

En los locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente al consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores y manipuladoras de alimentos.

En las salas de uso público general, lectura y exposición, tales como museos, bibliotecas y salas destinadas a exposiciones y conferencias.

En locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.

En las salas de teatro, cinematógrafos y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.

En ascensores y elevadores.

ñ) Cualquier otro incumplimiento de lo previsto en la presente Ley que no se tipifique como infracción grave o muy grave.

3. Se consideran infracciones graves:

a) El incumplimiento de la prohibición de la entrada y permanencia de los menores de dieciséis años, salvo acompañados por sus padres, tutores o adulto responsable en:

Salas de fiesta.

Discotecas.

Salas de baile.

Establecimientos con ampliación de horario, a partir del comienzo de dicha ampliación.

b) El incumplimiento de la prohibición con carácter general, de la entrada y permanencia a los menores de catorce años, salvo acompañados de padres, tutores o adulto responsable en:

Bares.

Cafeterías.

Restaurantes y restantes establecimientos no incluidos en el apartado anterior, salvo en espectáculos infantiles, y salones recreativos de tipo A.

c) El servicio o venta de bebidas alcohólicas y tabaco, o la permisividad del consumo de dichas bebidas o tabaco a los menores de dieciocho años que accedan a establecimientos de espectáculos o actividades recreativas.

d) El incumplimiento de la prohibición de la venta o suministro de alcohol y tabaco a menores de dieciocho años en cualquier clase de establecimientos.

e) La comisión de infracciones contempladas en el apartado 2, puntos a), b), c), d), e) y f) de este artículo siempre que dichas conductas causen riesgo o perjuicio grave para la salud.

f) El incumplimiento de la prohibición de dirigir la publicidad del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco a menores, ni en particular presentar a los menores consumiendo bebidas alcohólicas o tabaco.

g) El incumplimiento de la prohibición de la utilización de la imagen y de la voz de menores de edad, ni en particular presentar a los menores consumiendo bebidas alcohólicas y tabaco.

h) El incumplimiento de asociar la publicidad del consumo de alcohol y tabaco a una mejora del rendimiento físico, a la conducción de vehículos o al manejo de armas, ni dar la impresión de que dicho consumo contribuye al éxito social o sexual, ni sugerir que tienen propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante, o que constituyen un medio para resolver conflictos. Tampoco podrá asociarse este consumo a prácticas educativas, sanitarias o deportivas.

i) El incumplimiento de la prohibición de que la publicidad estimule el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de tabaco y ofrezca una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad, ni subrayar como cualidad positiva de las bebidas su alto contenido alcohólico.

j) El incumplimiento de la limitación de la publicidad de bebidas alcohólicas o tabaco mediante reproducciones gráficas o nombres comerciales que deberán estar registrados, y deberán llevar unida, con caracteres bien visibles, los grados de alcohol de la bebida a que se refieren, y del contenido de nicotina y alquitrán en las labores de tabaco.

k) El incumplimiento de la prohibición de la publicidad exterior de bebidas alcohólicas y tabaco, entendiendo por tal aquella publicidad susceptible de atraer, mediante la imagen o el sonido, la atención de las personas que permanezcan o discurran por ámbitos de utilización general o en lugares abiertos.

l) El incumplimiento de la prohibición de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en los siguientes locales públicos:

En los que estén destinados a un público compuesto predominantemente por menores de dieciocho años.

En las instalaciones y centros deportivos, sanitarios y docentes, y sus accesos.

En los cines y salas de espectáculos.

En el interior de los transportes públicos, en las estaciones y en los locales destinados al público de los puertos y aeropuertos.

m) El incumplimiento de la limitación de la publicidad en periódicos, revistas y reproducción gráfica, sonora o visual, así como la publicidad vertida a través de Internet, editados en La Rioja en:

La inclusión en ellos de publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco si van dirigidos a menores de dieciocho años.

La publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco en la primera página, en las de deportes y las que contengan espacios dirigidos a menores de dieciocho años y en las dedicadas a pasatiempos.

La publicidad de sustancias psicotrópicas susceptibles de crear adicción.

La publicidad de sustancias con pretendida finalidad sanitaria que anuncie efectos similares a sustancias legales o ilegales que pueden producir adicción.

n) El incumplimiento de la prohibición de la emisión de publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco desde los centros de televisión y medios radiofónicos ubicados en La Rioja.

ñ) La publicidad de marcas, objetos o productos que por su denominación, vocabulario, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa puedan derivar indirectamente o encubiertamente en publicidad de bebidas alcohólicas o tabaco.

o) La emisión de programas de televisión desde los centros emisores de televisión ubicados en La Rioja y realizados en la Comunidad Autónoma en los que el presentador o la presentadora del programa o los entrevistados o entrevistadas aparezcan fumando o junto a bebidas alcohólicas, tabaco o menciones de sus marcas, nombres comerciales, logotipos y otros signos identificativos o asociados a tales productos.

p) El incumplimiento de la prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas o tabaco con ocasión o mediante patrocinio de actividades deportivas, educativas, culturales, sanitarias o sociales, o a través de promociones tales como concursos, rifas y otras formas similares de inducción al consumo.

q) La venta y el suministro de bebidas alcohólicas a los menores de dieciocho años.

r) La venta y el suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas automáticas que no se encuentren en establecimientos cerrados y a la vista de una persona encargada de que se cumplan las prohibiciones a que alude el punto q) del apartado 3 de este artículo.

Igualmente queda prohibida la adición, sustracción o modificación de cualquier sustancia o elemento que dé como resultado la variación de la composición fraudulenta de bebidas alcohólicas.

s) La venta y el suministro de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

En los locales y centros que por las actividades y servicios que ofrecen estén preferentemente destinados a un público compuesto por menores de dieciocho años.

En los centros que impartan enseñanza a alumnos.

En las empresas y lugares de trabajo.

En las dependencias de las Administraciones Públicas.

En la vía pública, salvo terrazas o veladores debidamente autorizados.

t) El suministro y venta de bebidas alcohólicas de más de dieciocho grados centesimales en:

En las estaciones de servicio de carburantes, áreas de servicio y establecimientos hosteleros de autovías y autopistas.

u) El incumplimiento de la señalización, en la forma que se determine reglamentariamente, de las prohibiciones de la venta y suministro de bebidas alcohólicas en los lugares referidos en los puntos precedentes.

v) La venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años en supermercados, comercios y grandes superficies comerciales. Estos lugares tendrán obligación de señalizar según se determine reglamentariamente, en lugar visible al público, en las zonas de caja y en la sección delimitada de las bebidas alcohólicas, la prohibición referida.

w) La venta o suministro de tabaco, sus productos, labores o imitaciones, que puedan suponer una incitación al uso de los mismos, a personas menores de dieciocho años.

x) La venta de tabaco:

A través de máquinas automáticas, a no ser que se encuentren en establecimientos cerrados y a la vista de una persona encargada de que se cumpla la prohibición establecida en el punto w) del apartado 3, de este artículo.

En los centros sanitarios y centros que impartan enseñanza a alumnos y alumnas de hasta dieciocho años, y en las dependencias de unos y otros.

En las instalaciones deportivas.

En los centros y locales que por las actividades y servicios que ofrecen sean frecuentados preferentemente por menores de dieciocho años.

Incumpliendo las normas sobre envasado y etiquetado establecidas en la legislación vigente.

En salones recreativos de tipo A.

y) **(Suprimida).**

z) El consumo de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

En los locales y centros que por las actividades y servicios que ofrecen estén preferentemente destinados a un público compuesto por menores de dieciocho años.

En los centros que impartan enseñanza a alumnos de hasta dieciocho años.

En las empresas y lugares de trabajo, salvo situaciones excepcionales ligadas a conmemoraciones o festividades.

En las dependencias de las Administraciones Públicas, salvo situaciones excepcionales ligadas a conmemoraciones, festividades o actividades de representación y protocolo.

aa) **(Suprimidas).**

ab) El incumplimiento del punto i) del apartado 2 de este artículo, siempre que tal conducta suponga un grave riesgo o perjuicio para la salud.

ac) El incumplimiento del punto k) del apartado 2 de este artículo siempre que tal conducta suponga un grave riesgo o perjuicio para la salud.

ad) El incumplimiento de la prohibición de fumar fuera de áreas reservadas expresamente al efecto por la Dirección de los Centros docentes. Que en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores/as y alumnos/as, en el caso en que éstos/as sean menores de dieciocho años.

ae) El incumplimiento de la prohibición de fumar en:

Todos los vehículos o medios de transporte colectivos, urbanos o interurbanos.

Los vehículos de transporte escolar y en todos los destinados total o parcialmente al transporte de menores de dieciocho años y enfermos.

af) El incumplimiento de la prohibición de fumar en:

Lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador o la trabajadora por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.

Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

ag) El incumplimiento de la prohibición de fumar en:

Los jardines de infancia y centros de atención social destinados a menores de dieciocho años.

Los centros, servicios o establecimientos sanitarios y en sus dependencias.

Los centros de servicios sociales.

Los centros docentes.

Todas las dependencias de las Administraciones Públicas, salvo las que se encuentren al aire libre.

Los locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente al consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores y manipuladoras de alimentos.

Las salas de uso público general, de lectura, de conferencias y de exposiciones, tales como museos y bibliotecas.

Locales comerciales cerrados con frecuente congregación de personas.

Las salas de teatro, cinematógrafos y otros espectáculos públicos y deportivos en locales cerrados.

Ascensores y elevadores.

4. Se consideran infracciones muy graves:

a) El incumplimiento de lo establecido en el apartado 2 puntos a), b), c), d), e) y f) de este artículo siempre que dichas conductas causen riesgo o perjuicio muy grave para la salud.

b) El incumplimiento de lo establecido en el apartado 3 puntos f), g), h), i), j), k), l), m), n), ñ), o), p), q), r), s), t), u), v), w), x), z), ab), ae), af) y ag), de este artículo cuando tales conductas causen riesgo o perjuicio muy grave para la salud.

c) La contravención de lo dispuesto reglamentariamente sobre la autorización y acreditación de centros o servicios de atención a las drogodependencias.

d) El incumplimiento de la prohibición de entrada y permanencia de los menores de dieciocho años en:

Casinos, Bingos y establecimientos especiales.

Salones de juego que dispongan de máquinas con premios en metálico, de acuerdo a lo establecido en la Ley 5/1999, de 13 de abril, reguladora del juego y las apuestas.

e) La comisión de más de dos infracciones en el plazo de un año calificadas como graves por resolución firme en vía administrativa.

Artículo 73. *Reincidencia y reiteración.*

1. A efectos de la presente Ley, existirá reincidencia cuando la persona responsable de la infracción cometiera, en el término de un año, más de una infracción de la misma naturaleza y así se haya declarado por resolución firme.

Será considerada infracción de la misma naturaleza aquélla de las contempladas en el régimen sancionador de esta Ley que se refiera al mismo tipo en razón del grupo o clasificación a que alude el artículo 72 de la presente Ley.

2. A efectos de la presente Ley, existirá reiteración cuando la persona responsable de la infracción cometiera, en el término de dos años, más de una infracción de distinta naturaleza y así se haya declarado por resolución firme.

Artículo 74. *Responsabilidad.*

1. La responsabilidad administrativa por las infracciones tipificadas en esta Ley se imputará a la persona física o jurídica que cometa la infracción. A estos efectos, se considera autor:

a) La persona física o jurídica que realiza la conducta tipificada, bien sea de forma directa o por medio de otra de la que se sirve de instrumento. Igualmente se considerará autor a esta última, si actúa voluntariamente.

b) Las personas físicas o jurídicas que cooperen a la ejecución con un acto sin el cual no se hubiera efectuado la conducta tipificada.

2. Será responsable de forma solidaria junto con el autor la persona que hubiera infringido el deber de vigilancia de prevenir la infracción impuesta por la Ley, así como los titulares de los establecimientos, centros, locales o empresas.

3. En el caso de resultar responsable una persona jurídica, la responsabilidad administrativa se efectuará respecto de las personas físicas que hayan formado la voluntad de aquélla en la concreta acción u omisión que se pretenda sancionar.

Artículo 75. *Sanciones.*

1. Las infracciones tipificadas en la presente Ley darán lugar a la imposición de las siguientes sanciones:

a) Apercibimiento.
b) Multa.
c) Suspensión temporal de la actividad y/o, en su caso, cierre temporal, total o parcial, del establecimiento, centro, servicio, local o empresa, con una duración máxima de cinco años.
d) Prohibición de acceder a cualquier tipo de ayuda pública de la Comunidad Autónoma por un periodo comprendido entre 1y 5 años.

La imposición de las anteriores sanciones llevará consigo la consecuencia accesoria consistente en el decomiso de las mercancías u objetos directamente relacionados con los hechos constitutivos de la infracción.

2. Las responsabilidades administrativas que se deriven del procedimiento sancionador serán compatibles con la exigencia a los o las responsables de la reposición al estado originario de la situación alterada por la infracción, así como con la indemnización de daños y perjuicios derivados de la misma, al objeto de reparar los daños o perjuicios ocasionados por la infracción.

Artículo 76. *Graduación de las sanciones.*

1. Para la determinación de la cuantía de las multas y la aplicación de las demás sanciones, el órgano competente atenderá a los siguientes criterios de graduación:

a) Gravedad del riesgo o perjuicio generado para la salud.
b) Grado de culpabilidad o intencionalidad.
c) Alteración e incidencia social producidas.
d) Cuantía del beneficio obtenido.
e) Capacidad económica de la persona infractora.
f) Posición de la persona infractora en el mercado.
g) La reiteración.

2. Para valorar la sanción y graduarla podrán tenerse en cuenta y se considerarán como atenuantes muy cualificadas:

Que, requerido el presunto infractor o la presunta infractora para que realice las actuaciones oportunas que den lugar al cese de la infracción, sea atendido dicho requerimiento. En el supuesto previsto en la disposición adicional cuarta de la presente Ley, este requerimiento se realizará en los términos previstos en la misma.

Que el infractor o infractora acredite, por cualquiera de los medios válidos en derecho y con anterioridad a recaer la resolución del expediente sancionador, que ha mitigado o subsanado completamente las consecuencias que resultaron de la conducta que dio lugar a la iniciación del procedimiento.

Artículo 77. *Imposición de las sanciones.*

1. Las infracciones leves serán sancionadas con apercibimiento o multa de hasta 100.000 pesetas (601,01 euros).

2. Las infracciones graves serán sancionadas alternativa o acumulativamente con:

a) Multas desde 100.001 pesetas hasta 5.000.000 de pesetas (601,02 a 30.050,61 euros).

b) Suspensión temporal de la actividad por un periodo máximo de seis meses.

c) Cierre temporal, total o parcial, del establecimiento, centro, local o empresa, por un periodo máximo de seis meses.

La autoridad competente podrá acordar como sanción complementaria la prohibición de acceder a cualquier tipo de ayuda de la Comunidad Autónoma o Administración Local por un periodo máximo de cinco años.

3. Las infracciones muy graves podrán ser sancionadas alternativa o acumulativamente con:

a) Multa desde 5.000.001 pesetas hasta 100.000.000 de pesetas (30.050,61 a 601.012,10 euros).

b) Clausura del local o establecimiento por un periodo máximo de tres años.

4. La imposición acumulativa de sanciones en los términos previstos en los apartados anteriores podrá acordarse en aquellos supuestos que impliquen grave alteración de salud pública o contravengan las disposiciones en materia de protección de la infancia y juventud.

5. En el caso de infracciones por incumplimiento de los artículos 30, 31, 32, 33, 34.1, 34.2 y 34.3, la autoridad competente para sancionar podrá elevar el importe de la multa impuesta hasta un 10 por 100 del coste de elaboración y difusión de dicha publicidad ilícita.

El importe de lo recaudado por este concepto se destinará a realizar estrategias para la prevención de las drogodependencias en los medios de comunicación que se difundan en territorio de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Téngase en cuenta que el Gobierno de La Rioja, mediante Decreto publicado únicamente en el BOR, podrá actualizar las cuantías mínimas y máximas fijadas en este artículo, según establece la Disposición Adicional 3 de esta ley.

Artículo 78. *Prescripción de las infracciones.*

1. Las infracciones tipificadas en la presente Ley como leves prescribirán en el plazo de seis meses, las tipificadas como graves en el de doce meses, y las tipificadas como muy graves en el de dos años.

2. El plazo de prescripción comenzará a contarse desde la comisión del hecho o desde su conocimiento por parte de la Administración si este no fuera inmediato.

En las infracciones derivadas de una actividad continuada, la fecha inicial del cómputo será la de finalización de la actividad o la del último acto en que la infracción se consume.

3. Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador, reanudándose el plazo de prescripción si el expediente sancionador estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.

Artículo 79. *Prescripción de las sanciones.*

1. Las sanciones previstas en la presente Ley prescribirán: al año las impuestas por infracciones leves; a los dos años las impuestas por infracciones graves y a los tres años las impuestas por infracciones muy graves.

2. El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquél en que adquiera firmeza en vía administrativa la resolución sancionadora.

3. Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento de ejecución, volviendo a transcurrir el plazo si aquél estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al infractor.

Artículo 80. *Órganos competentes para resolver.*

1. La competencia sancionadora se atribuye a los siguientes órganos:

a) A los Alcaldes para la sanción por el incumplimiento de lo previsto en los siguientes artículos:

Artículos 31, 32.4 y 45, ya se hayan tipificado dichos incumplimientos como infracciones leves o como graves.

En el caso del artículo 32.4, esta competencia sancionadora les corresponderá cuando la actividad infractora no exceda del ámbito territorial municipal.

Artículos 32.1, 32.2, 32.3 y 34.3. En este último supuesto esta competencia sancionadora les corresponderá cuando la actividad infractora no exceda del ámbito territorial municipal.

Artículos 36, 37, 38, 39 y 40, ya se haya establecido en los artículos correspondientes su tipificación como infracciones leves o como graves.

Cualquier otro incumplimiento previsto en la Ley que no se tipifique como infracción grave o muy grave.

b) Al órgano correspondiente de la Consejería competente en materia de drogodependencias le corresponderá la sanción por incumplimiento de lo previsto en los siguientes artículos:

Artículos 31, 32.4 y 45, cuando se hayan tipificado como muy graves. En el caso del artículo 32.4, aun cuando se tipifique de leve o grave, la competencia sancionadora le corresponderá siempre que la actividad infractora exceda del ámbito territorial municipal.

Artículos 30, 33, 34.1, 34.2 y 34.3, tipificados como graves o muy graves, y los incumplimientos tipificados como infracciones muy graves de los artículos 32.1, 32.3, 36, 37, 38 y 39. En relación con el párrafo tercero del artículo 34, la competencia sancionadora le corresponderá siempre que la actividad infractora exceda del ámbito territorial municipal.

c) Al órgano que corresponda en la Consejería competente en materia de drogas para la sanción del incumplimiento de lo establecido en el artículo 27, cuando la sanción no corresponda al Gobierno.

d) Al Gobierno para la imposición de multas de más de 15.000.000 de pesetas, así como del cierre temporal, total o parcial, de la actividad del establecimiento, centro, local o empresa.

2. Si durante la tramitación del expediente el instructor designado estimara que la competencia para sancionar no corresponde a la Administración a la que pertenece, remitirá las actuaciones a la que la ostente, que las continuará a partir de la fase de procedimiento en que se hallen.

3. En todo caso, los órganos del Gobierno de La Rioja según el respectivo ámbito competencial que corresponda de acuerdo con la materia que se trate, asumirán la competencia de incoación, instrucción y resolución de los expedientes sancionadores cuya competencia corresponda a las Entidades Locales, transcurrido el plazo de dos meses desde el requerimiento.

Igualmente para aquellos Municipios inferiores a 2.000 habitantes que carezcan de medios personales o materiales para el ejercicio de las competencias reguladas en el presente Título, se establecerán los necesarios mecanismos de colaboración con la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

4. Los órganos competentes del Gobierno de La Rioja y de la Administración Local se informarán recíprocamente de los expedientes que se tramiten, en el plazo de diez días contados a partir de la fecha de la resolución de incoación.

Artículo 81. *Procedimiento sancionador.*

El ejercicio de la potestad sancionadora, en el ámbito de la presente Ley, se regirá por lo dispuesto en el Título IX de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común modificada por Ley 4/1999 de 13 de enero; por la Ley 3/1995, de 8 de marzo, de Régimen Jurídico del Gobierno y la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de La Rioja y por lo previsto en la presente Ley y normativa de desarrollo.

Artículo 82. *Relaciones jurídicas especiales.*

Las disposiciones de este Título no son de aplicación al ejercicio por las Administraciones Públicas de su potestad disciplinaria respecto del personal a su servicio y de quienes están vinculados a ellas por una relación contractual.

TÍTULO VIII

De la financiación

Artículo 83. *De la financiación del Gobierno de La Rioja.*

1. Al objeto de poder conseguir los objetivos perseguidos en esta Ley, anualmente se establecerá la dotación presupuestaria a incluir en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja, que sean suficientes para el cumplimiento de los fines propios especificados, presupuesto adscrito a la Consejería competente en materia de drogas.
2. En el caso de producirse sanciones económicas de acuerdo con lo estipulado en el artículo 77 de esta Ley, la cuantía de las mismas aumentará la dotación presupuestaria mínima a incluir en el Estado de Gastos para el desarrollo de acciones en materia de drogas en la medida de lo posible.

Artículo 84. *De la financiación de las Corporaciones Locales.*

1. Los Ayuntamientos de más de 5.000 habitantes que deseen obtener financiación de los Presupuesto Generales del Gobierno de La Rioja para el desarrollo de las actuaciones de su competencia en materia de drogas, estarán obligados a disponer de un Plan Municipal sobre Drogas, convenientemente aprobado, y a aprobar en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada, los créditos destinados a tal finalidad.
2. La financiación que el Gobierno de La Rioja destine a las Corporaciones Locales estará en función del programa y objetivos presentados previamente a la Consejería competente, del grado de ejecución del presupuesto anterior y, en todo caso, será criterio preferente de financiación el grado de autofinanciación de las Corporaciones Locales. No se superará, en todo caso, la cuantía ejecutada en el año anterior por la Corporación Local para desarrollar las acciones en materia de drogas.
3. El Gobierno de La Rioja podrá establecer con los Ayuntamientos de más de 5.000 habitantes convenios de colaboración que regulen la financiación y características que deban reunir los Planes Municipales sobre Drogas.

Disposición adicional primera.

Los vinos amparados y catalogados como Vinos de Calidad Producidos en Regiones Determinadas (VCPRD), tal y como se definen en el Reglamento RCEE 1493/1999, de 17 de mayo, anexo VI, así como las bebidas alcohólicas que no superen el 18 por 100 vol. de graduación alcohólica, se exceptuarán de lo dispuesto en los artículos 31, 32, 33.2 y 34 de la presente Ley.

Disposición adicional segunda.

(Derogada).

Disposición adicional tercera.

Mediante Decreto, el Gobierno de La Rioja podrá actualizar las cuantías mínimas y máximas fijadas en el artículo 77 de esta Ley.

Disposición adicional cuarta.

La competencia que el Título IV de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, atribuye a los órganos administrativos para solicitar del o la anunciante la cesación o, en su caso, la rectificación de la publicidad contenida en la presente Ley

corresponderá, en el ámbito de la Administración General de La Rioja, al órgano competente en materia de drogodependencias. Por su parte, las Administraciones locales designarán los órganos encargados de ejercitar la mencionada competencia.

Disposición adicional quinta.

En el plazo de un año a partir de la publicación de la presente Ley, el Gobierno de La Rioja aprobará la normativa que regule la autorización de apertura y funcionamiento y la acreditación y registro de los centros y servicios de atención al drogodependiente, así como su definición, clases, etc.

Disposición adicional sexta.

En el plazo de un año a partir de la publicación de esta Ley, el Gobierno de La Rioja aprobará la normativa que desarrolle reglamentariamente el contenido y alcance específico de los derechos de las personas con drogodependencia y otras adicciones establecidas en el artículo 3 de la presente Ley y las garantías de reparación que procedan por su incumplimiento.

Disposición adicional séptima.

En el plazo de un año a partir de la publicación de la presente Ley, los Ayuntamientos de más de 5.000 habitantes deberán aprobar una ordenanza municipal que se ajuste a las medidas de control recogidas en el Título III de esta Ley.

Disposición adicional octava.

El artículo 72 de la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones, que se refiere a clases de infracciones, en los puntos 2 b), c), d), y 3 k), l), n), ñ), o), p), ha de entenderse relativo sólo a bebidas alcohólicas con graduación superior a 18o centesimales.

Disposición transitoria primera.

1. Las medidas limitativas de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco contempladas en los artículos 30, 32, 33 y 34, que afecten a la publicidad contratada con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley, no serán de aplicación hasta transcurridos diez meses desde la publicación de la presente Ley.

2. Las empresas publicitarias y medios de comunicación afectados deberán remitir al Gobierno de La Rioja dentro de los tres meses siguientes a la publicación de la presente Ley una relación de los compromisos pendientes de ejecución.

Disposición transitoria segunda.

Hasta tanto se dé cumplimiento a las previsiones contenidas en la disposición adicional segunda, se mantienen en vigor el Decreto 43/1997, de 22 de agosto, en la redacción dada por el Decreto 46/1998, de 10 de julio, del Gobierno de La Rioja que regula la estructura de coordinación en materia de drogas, subsistiendo los órganos creados en desarrollo del mismo.

Igualmente se mantiene en vigor, mientras se produce el pertinente desarrollo reglamentario, el Decreto 10/91 sobre autorizaciones y acreditaciones de centros de atención sociosanitaria.

Disposición transitoria tercera.

Los Ayuntamientos para el cumplimiento de la obligación relativa a la elaboración de un Plan municipal sobre Drogas (artículo 84.1) dispondrán de seis meses desde la entrada en vigor de la presente Ley.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas todas las normas de igual o inferior rango en lo que contradigan o se opongan a lo dispuesto en esta Ley.

Disposición final primera. *Habilitación normativa.*

Se autoriza al Gobierno de La Rioja a dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta Ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

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

§ 42

Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears

Comunidad Autónoma de las Illes Balears
«BOIB» núm. 71, de 10 de mayo de 2005
«BOE» núm. 131, de 2 de junio de 2005
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2005-9061

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 27.2 del Estatuto de Autonomía, tengo a bien promulgar la siguiente ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

El artículo 43 de la CE establece como uno de los principios rectores del Estado el derecho a la protección de la salud, y corresponde a los poderes públicos la organización y la tutela de la salud pública, tanto desde la óptica de la prevención como de las prestaciones y de los servicios necesarios para ésta. En este marco de reconocimiento de derechos sociales, la drogodependencia y las conductas adictivas figuran como uno de los fenómenos sociales y sanitarios más importantes en este inicio del siglo XXI.

Esta problemática no debe centrarse exclusivamente en aquello que el fenómeno de adicción representa para los poderes públicos en materia de responsabilidad o de tutela únicamente, sino que ha de velar por lo que significa para el individuo, por la limitación que determina para su libertad, y en estos casos se habla de una patología de la libertad.

Se hace necesario desde los poderes públicos promover normativas específicas que regulen y sancionen el uso, el abuso o la dependencia a las mencionadas drogas, así como el desarrollo de políticas sanitarias, sociales y laborales dirigidas tanto a la prevención como a la atención de éstas.

Esta actuación se ha de centrar en la rapidez de las intervenciones y en los análisis de éstas como un fenómeno cambiante, sometido a la aparición constante de nuevas drogas capaces de integrarse rápidamente dentro de los grupos sociales más vulnerables, los jóvenes principalmente, y promovido y favorecido por la asociación de éstas a determinadas actividades como el ocio, entre otras. Esto no puede, no obstante, dejar de entender como tales distintas substancias socialmente aceptadas, que se incluyen en esta ley como es el tabaco y deja el alcohol -por sus especiales características- para un desarrollo normativo independiente.

II

Si bien es conocido desde la antigüedad el uso de substancias para la producción de efectos psicofísicos, los primeros abordajes al tratamiento del problema y de la comprensión del fenómeno como tal aparecen en España en la década de los ochenta.

Desde la creación del Plan nacional sobre drogas, en el año 1984, el Gobierno de las Illes Balears ha ejercido la responsabilidad de la coordinación de las actuaciones en materia de drogodependencias a través de la consejería competente en materia sanitaria. Estas actuaciones se han integrado parcialmente en los sucesivos planes autonómicos de actuaciones sobre drogodependencias que se han ido desarrollando desde 1993.

Hasta ahora, también se han regulado, tanto en el ámbito estatal como autonómico, distintos aspectos relacionados con las drogodependencias: Orden del consejero de Sanidad de 7 de enero, de 1986, de regulación de los tratamientos de deshabituación con metadona; Decreto 45/86, de 15 de mayo, de creación de la Comisión territorial sobre drogas de las Illes Balears; y Decreto 23/91, de 7 de marzo, por el cual se regula la Comisión de la comunidad autónoma de las Illes Balears de acreditación, evaluación y control de centros o servicios de tratamiento con opiáceos.

También la Ley 9/1987, de 11 de febrero, de acción social, define como servicios sociales específicos los encaminados a proporcionar apoyo, prestaciones técnicas y reinserción social, entre otros colectivos, a los toxicómanos. Por su parte, el Decreto 66/1999, de 4 de junio, por el que se aprueba el Reglamento regulador del sistema balear de servicios sociales, define como un servicio social toda actividad, de carácter general o especializado, que se presta con carácter regular y permanente por parte de una entidad de servicios sociales, dirigida a proporcionar los medios de prevención, información, orientación, atención y ayuda, entre otros, a las personas, las familias o los colectivos que, por razón de dificultades de desarrollo y de integración en la sociedad, falta de autonomía personal, problemas familiares o marginación social, necesiten del esfuerzo colectivo y solidario.

Transcurridos cinco años desde la aprobación por el Parlamento del último Plan autonómico de drogas, teniendo en cuenta que el problema de las drogodependencias en los últimos años se ha transformado en un hecho social muy amplio y complejo, donde convergen sensibilidades e intereses muy diferentes, que requieren una respuesta organizada del computo de la sociedad, así como la multisectoriedad implicada en la actuación sobre las drogas y sus consecuencias, se hace necesaria la promulgación de una norma con categoría de ley que asegure la coordinación y la integración de los recursos que aporten las diferentes administraciones y la iniciativa social.

El objetivo es establecer y regular una actuación efectiva en el marco de las competencias que el Estatuto de Autonomía de las Illes Balears y demás normativa de carácter estatal asignan a nuestras administraciones.

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que es competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. También indica que los poderes públicos han de fomentar la educación sanitaria.

La Ley Orgánica 2/1983 del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears (modificada por la Ley Orgánica 3/1999, de 8 de enero) en su título II destaca como competencias exclusivas, entre otras, las de acción y bienestar sociales, desarrollo comunitario e integración, y sanidad e higiene; casinos, juegos y apuestas, con exclusión de las apuestas mutuas deportivas benéficas; espectáculos y actividades recreativas; publicidad, sin perjuicio de las normas dictadas por el Estado para sectores y medios específicos; protección y tutela de menores. En el ejercicio de estas competencias, corresponde a la comunidad autónoma la potestad legislativa, la potestad reglamentaria y la función ejecutiva.

La Ley 8/2000, de 27 de octubre, de consejos insulares otorga a los consejos el gobierno, la administración y la representación de los intereses correspondientes a los respectivos ámbitos territoriales. De manera más especifica, les asigna la función de ordenación y la regulación que corresponde a las áreas y a los sectores de su competencia, la cooperación con los servicios municipales y la gestión de las competencias delegadas y encomendadas.

Por otra parte, el artículo 25 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases de régimen local, establece que los municipios han de ejercer, en los términos de la legislación

del Estado y de las comunidades autónomas, competencias sobre la protección de la salud pública y la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.

En esta ley se ha procurado recoger también las recomendaciones, técnicas y jurídicas, de los organismos internacionales de las Naciones Unidas, en concreto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la UNESCO, del Consejo de Europa y de otras instituciones de la Unión Europea, así como los mandatos de la legislación básica estatal.

III

Esta ley nace con el espíritu de convertirse en un instrumento que facilite la coordinación y establezca las distintas funciones en materia de prevención y tratamiento entre los diferentes órganos de la administración, como entre éstos y las entidades privadas o las iniciativas particulares.

Pretende, así, acometer de manera integral el abordaje multidisciplinar de todos los aspectos relacionados con el uso, abuso o dependencia de drogas, y establecer como finalidad la optimización de los recursos tanto sanitarios como sociales y laborales.

Sólo desde esta integración y desde la estrecha colaboración entre los diferentes sectores implicados, se puede planificar y llevar a cabo tanto el diseño del catálogo de los recursos existentes como el desarrollo de las medidas específicas que han de tomarse, en cuanto a la prevención, al tratamiento, a la rehabilitación y a la reinserción del drogodependiente.

Este concepto de integración pretende que el fenómeno de la drogodependencia se entienda como una enfermedad más dentro de nuestro marco social, abordable con los mismos medios materiales y humanos y con la misma consideración y el mismo rigor científico y terapéutico que el resto de prestaciones de nuestro sistema sanitario público. La individualización en el tratamiento debe ser el eje sobre el cual ha de basarse la actuación en materia sanitaria, ha de articular esta actividad desde el apoyo a la investigación biomédica en la materia, y ha de realizar políticas sanitarias en materia de salud pública basadas en la promoción de la salud, que incidan tanto en la concienciación de la población en general, como de las personas afectadas sobre los hábitos saludables de vida.

IV

La presente ley se articula en un título preliminar y tres títulos con el contenido siguiente:

Título preliminar. Disposiciones generales.–Este título comprende el objeto y el ámbito de aplicación de la ley, las definiciones relativas a las drogas y otras adicciones, los principios rectores de las actuaciones que se desarrollen en la comunidad autónoma de las Illes Balears; los derechos de los usuarios de los servicios y centros relacionados con drogodependencias y otras adicciones, así como su garantía, y la protección de los menores que tienen relación con personas que padezcan problemas de dependencia.

Título I. Medidas relativas a las drogodependencias y otras adicciones.–Este título comprende seis capítulos.

El primer capítulo regula las medidas de prevención en general, considerando la prevención como el eje principal de las actuaciones administrativas y fijando unos objetivos generales de las administraciones públicas en esta materia. Después regula los principios rectores en los distintos ámbitos de actuación de las administraciones públicas y señala cuáles son las medidas a adoptar en cada uno de estos ámbitos.

El segundo capítulo está dedicado a las medidas especiales de prevención y control del consumo de tabaco. Establece limitaciones a la promoción y publicidad de esta droga, así como limitaciones en la venta y el consumo, y finaliza con el reconocimiento del derecho de preferencia de los no fumadores y la obligación de la consejería competente en materia de sanidad de elaborar un plan de actuaciones sobre el tabaquismo.

El tercer capítulo está dedicado a un trastorno adictivo, el juego patológico. En esta materia se establecen unas medidas de control, y se prevé la creación de un registro de personas que tienen prohibido el acceso a los locales de juego con la finalidad de prevenir los trastornos derivados del mismo.

El capítulo cuarto prevé las actuaciones relativas a otras drogas, como estupefacientes y psicotropos, sustancias químicas e inhalantes y colas. Se prevén, concretamente, medidas para evitar el uso de sustancias en el ámbito deportivo que aumenten de manera artificial la capacidad física de los deportistas y produzcan daños en la salud.

El capítulo quinto está dedicado a la atención de las personas con adicciones. Establece unos principios básicos, regula los centros y servicios, públicos o privados, de atención a los drogodependientes y a las personas que padecen trastornos adictivos, considera la incorporación social como parte indisoluble del proceso de atención del drogodependiente, y finalmente prevé tres niveles de asistencia.

El capítulo sexto regula la investigación y la formación en esta materia, y finaliza con la previsión de creación de un observatorio de drogas y otras adicciones.

Título II. Organización y competencias de las administraciones públicas.–El capítulo primero regulas las competencias que asumen cada una de las administraciones públicas de las Illes Balears en esta materia: Comunidad autónoma, consejos insulares y municipios.

El capítulo segundo prevé como órganos de coordinación, el coordinador sobre drogas de las Illes Balears, órgano unipersonal, integrado en la consejería competente en materia de sanidad, la Comisión Institucional en materia de drogas, creada también por la citada consejería, y finalmente las comisiones insulares de coordinación, órganos colegiados creados por los respectivos consejos insulares.

El capítulo tercero regula los instrumentos de planificación y participación, así como el movimiento asociativo y la iniciativa social. El principal instrumento de planificación es el Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears, vinculante para todas las administraciones públicas e incorporado al ordenamiento jurídico como norma reglamentaria.

Título III. Régimen sancionador.–En este título queda definida la infracción administrativa, se tipifican las infracciones, clasificadas en leves, graves y muy graves, se establecen como responsables tanto las personas físicas como jurídicas, se prevén las sanciones, el régimen de prescripción, las medidas cautelares y las competencias para la imposición de sanciones.

Finalmente, cabe indicar que la ley consta de un total de 60 artículos, cuatro disposiciones adicionales, una transitoria, una derogatoria y dos finales.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación de la ley.*

1. La presente ley tiene por objeto:

a) La ordenación y la regulación de todas las competencias, actividades y funciones en materia de drogodependencias y otras adicciones de las administraciones públicas de las Illes Baleares, entidades privadas e instituciones para conseguir la necesaria cooperación y coordinación entre ellas en la atención integral a los ciudadanos, mediante la prevención de las conductas descritas en esta ley, y la asistencia y la incorporación social de las personas que padecen problemas de drogodependencia y otras adicciones.

b) La configuración de los instrumentos de planificación, coordinación y participación.

2. Quedan excluidas del objeto y del ámbito de aplicación de esta ley las adicciones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas, a las que les será de aplicación la normativa específica de las Illes Balears.

3. El ámbito de aplicación de la presente ley es el siguiente:

a) El ámbito territorial de las Illes Balears.

b) Todas las personas que se encuentren en el territorio de las Illes Balears. Los no residentes cuando se encuentren en territorio de las Illes Balears tienen derecho a la atención en la forma y las condiciones previstas en la legislación y en los convenios nacionales e internacionales que sean aplicables.

c) Las administraciones públicas de las Illes Balears.

d) Cualquier otra entidad o institución, pública o privada, cuando así lo establezca esta ley.

Artículo 2. *Definiciones.*

1. Se considera droga, a los efectos de esta ley, cualquier sustancia natural o de síntesis, que, introducida dentro del organismo, pueda modificar una o más funciones de la persona, la percepción de la realidad así como su capacidad volitiva, y sea capaz de generar adicción o dependencia y comporte efectos nocivos para la salud y el bienestar del individual y social.

2. En el marco de esta ley se consideran actividades e instrumentos adictivos los que pueden generar alteraciones de comportamiento y dependencia psicológica. En cualquier caso tienen esta consideración:

a) Las máquinas de juego o recreativas con premio programado y de azar.
b) Los juegos de azar y las apuestas.
c) Otros dispositivos que pueden generar dependencia psicológica.

3. Se entiende por:

a) Trastorno adictivo: Patrón desadaptado de comportamiento provocado por la dependencia psíquica, física o de las dos clases, a una sustancia o conducta determinada, y que repercute negativamente en las áreas psicológica, física, familiar o social de la persona y de su entorno.

b) Drogodependencia: Trastorno adictivo, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible para consumir droga de manera continuada o periódica con la finalidad de experimentar sus efectos psíquicos o físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga. No se entiende por consumo de drogas el uso terapéutico adecuado y beneficioso de las sustancias con prescripción y supervisión médica.

c) Prevención: Es el conjunto de actuaciones dirigidas a eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social.

d) Atención: Son todas aquellas medidas dirigidas a dar cobertura sanitaria, psicológica y social a las personas afectadas por drogodependencias y otros trastornos adictivos, como consecuencia del uso o abuso de las sustancias, las actividades o los instrumentos descritos en los apartados anteriores, y que recoge:

Asistencia: Parte del proceso de atención orientada a la desintoxicación y al tratamiento de las enfermedades y trastornos físicos y psicológicos causados por el consumo o que están asociados al mismo, que incluye todos los tratamientos que permitan una mejora de las condiciones de vida de los pacientes. En la asistencia se incluyen los procesos de desintoxicación, deshabituación, reducción de riesgos, la reducción de daños y los programas libres de drogas.

Desintoxicación: Proceso terapéutico que tiene como objetivo la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia psicoactiva exógena al organismo. Deshabituación: Conjunto de técnicas terapéuticas encaminadas al aprendizaje de estrategias que permitan enfrentarse a los factores de riesgos asociados al trastorno adictivo, con el objetivo final de eliminar su dependencia.

Programas libres de drogas: Conjunto de intervenciones flexibles y amplias para drogodependientes y sus familias, cuyo objetivo final es el abandono total de las drogas de una manera progresiva para facilitar su reinserción en la sociedad. Estos programas no utilizan drogas sustitutivas en el marco de sus intervenciones.

Reducción de riesgos: Estrategias de intervención orientadas a modificar las conductas susceptibles de aumentar los efectos especialmente graves para la salud asociados al uso de drogas o productos adictivos.

Reducción de daños: Estrategias de intervención dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos que pueden producir algunas formas de uso de drogas, o las patologías asociadas.

Rehabilitación: Es la fase de la atención que se orienta a la recuperación o al aprendizaje de estrategias y comportamientos que permitan o faciliten la incorporación social.

Incorporación social: Proceso de inserción o reinserción de la persona que padece una drogodependencia u otra adicción, en el medio familiar, social, educativo y laboral con unas condiciones que le permitan llevar una vida autónoma y responsable en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos.

4. Dentro del ámbito de esta ley se consideran drogas institucionalizadas o socialmente aceptadas las que se pueden adquirir y consumir legalmente.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Las actuaciones que en materia de drogodependencias y otras adicciones se desarrollan en la comunidad autónoma de las Illes Balears, han de seguir los principios rectores siguientes:

a) Universalidad: todas las personas tienen el derecho de recibir las prestaciones del sistema y de utilizar los servicios necesarios para hacer frente a su adicción.

b) Equidad: todas las personas han de poder acceder a los servicios en igualdad de condiciones.

c) Accesibilidad: todos los usuarios han de disponer de servicios adecuados en todo el territorio de las Illes Balears, con independencia de su lugar de residencia.

d) Participación: garantía, fomento y apoyo de la participación comunitaria en la formulación de las políticas de atención a las drogodependencias y en la aplicación de las medidas de prevención, asistencia e incorporación de los drogodependientes.

e) Calidad: los servicios han de satisfacer las necesidades y las demandas con unos niveles equiparables a los establecidos en las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales, y han de tener en cuenta la opinión de los profesionales del sector y las expectativas de los ciudadanos, de los familiares y de los usuarios.

f) Globalidad: consideración de los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y educativos, con un abordaje individual, de grupos sociales y comunitarios, desde una perspectiva integral e interdisciplinar.

g) Transversalidad: coordinación y cooperación intersectorial e interinstitucional.

h) Normalización e integración: utilización de las redes y de los recursos de atención normalizados con atención al entorno familiar y social.

i) Responsabilidad pública y coordinación institucional de actuaciones: basada en los principios de planificación, desconcentración, descentralización y autonomía en la gestión de los programas y servicios, así como la participación activa de las entidades y de los usuarios afectados en el diseño de las políticas de actuación.

j) Promoción activa de hábitos de vida saludables y una cultura de la salud.

k) La consideración, a todos los efectos, de las drogodependencias y otras adicciones como enfermedades comunes con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social de la persona, así como en el entorno familiar o de convivencia de las personas.

l) La consideración de las políticas y actuaciones preventivas en materia de drogodependencias y otras adicciones de manera prioritaria a la hora de diseñar los programas de actuación definidos en los planes de actuación de drogodependencias.

m) Evaluación contínua de los resultados de los programas y de las actuaciones en materia de drogodependencia y otras adicciones.

n) Asimismo, se ha de potenciar la coordinación de los programas y de las actuaciones en materia de drogodependencia y otras adicciones con planes sectoriales, y de manera especial con los del sida, de salud mental y sociosanitaria.

Artículo 4. *De los derechos.*

Los usuarios de los servicios y centros públicos y privados relacionados con las drogodependencias u otras adicciones tienen los derechos siguientes:

a) A la información sobre los servicios a los que pueden acceder en cada momento, requisitos y exigencias que plantea su tratamiento.
b) A la confidencialidad.
c) A recibir un tratamiento adecuado desde un centro autorizado.
d) A la voluntariedad para iniciar y acabar un tratamiento.
e) A la información completa y comprensible sobre el proceso de tratamiento que sigue, así como a recibir informe por escrito sobre su situación y el tratamiento que ha seguido o está siguiendo.
f) A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales.
g) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que se les pueda discriminar por ninguna causa.

Artículo 5. *Contenido de los derechos.*

1. El Gobierno de las Illes Balears puede establecer reglamentariamente el contenido y el alcance de los derechos reconocidos en el artículo anterior.
2. Los centros de atención a los drogodependientes y a las personas con otras adicciones han de disponer de información accesible sobre los derechos de los pacientes y de hojas de reclamación y sugerencias, además de medios para informar al público y para atender sus reclamaciones.

Artículo 6. *Protección de los menores.*

1. Las administraciones públicas deben velar por la protección de los menores, y de manera específica, en los casos de indefensión, malos tratos o violencia producidos por la vinculación parental o tutorial del menor con personas con problemas de dependencias, tanto a sustancias como a otro tipo de adicciones.
2. De acuerdo con lo previsto en el apartado anterior, los centros y servicios que forman parte de la Red de atención a drogodependencias tienen la obligación de notificar a los servicios de protección de menores cualquier situación de indefensión, malos tratos o violencia que les afecte y puedan conocer en el curso de un tratamiento. Ambos servicios deben trabajar conjuntamente para resolver estas situaciones. En cualquier caso, ante un posible conflicto de intereses prevalece el interés del menor.
3. Los establecimientos sanitarios y las administraciones competentes en materia de protección de menores han de establecer mecanismos de protección reforzada de la información relativa a aquellos casos de intoxicación por cualquier tipo de drogas relacionada con menores de 18 años.

TÍTULO I

Medidas relativas a las drogodependencias y otras adicciones

CAPÍTULO I

De las medidas generales de prevención

Sección 1.ª De la prevención en general

Artículo 7. *Medidas preventivas desde la Administración.*

La prevención es el eje central y prioritario de la actuación de las administraciones públicas de las Illes Balears en materia de drogas y conductas adictivas, en el marco de la promoción de la salud.

Artículo 8. *Objetivos generales.*

Dentro del marco de sus competencias, las administraciones públicas han de fomentar, desarrollar, promover, apoyar, coordinar, controlar y evaluar toda clase de programas y actuaciones que tengan por objetivos:

a) Conocer los problemas relacionados con el consumo de drogas y las conductas adictivas.

b) Dar información contrastada a la población general sobre las sustancias y las conductas que puedan generar dependencia, sus efectos y las consecuencias derivadas de su uso o abuso.

c) Intervenir sobre los factores de riesgo o de protección, tanto psicológicos y conductuales, como familiares, sociales y ambientales que inciden en la aparición del problema, y favorecer el desarrollo de actitudes, hábitos y valores positivos hacia la salud y la vida.

d) Evitar o, si cabe, retardar la edad de inicio del consumo de drogas, así como la adquisición de conductas adictivas.

e) Disminuir la presencia, la promoción y la venta de drogas, así como los riesgos y las consecuencias del consumo de drogas y otras adicciones, con especial atención a aquellos consumos que tengan repercusiones más graves para la salud y para el bienestar social.

f) Educar para la salud y aumentar las alternativas y oportunidades para adoptar tipos de vida más saludables.

g) Modificar las actitudes y los comportamientos de la población en general respeto de las drogodependencias y otras adicciones y generar una conciencia social solidaria y participativa.

h) Apoyar a las organizaciones sociales para implicarlas también en este ámbito.

i) Promover la formación de profesionales sanitarios en esta materia.

Sección 2.ª De los diferentes ámbitos de actuación de las administraciones públicas

Artículo 9. *Principios rectores.*

1. Las actuaciones desarrolladas en materia de prevención de las drogodependencias y otras adicciones por las administraciones públicas de las Illes Balears, en colaboración con las entidades privadas e instituciones, han de estar enmarcadas dentro de un ámbito general de promoción y educación para la salud.

2. Se han de favorecer aquellas actuaciones encaminadas a la protección de la población frente a las drogas y otras adiciones, mediante la promoción de pautas de acción alternativas y la potenciación de la sensibilidad social sobre el fenómeno de las drogodependencias conjuntamente con el fomento de la responsabilidad individual sobre la propia salud y la de la comunidad.

3. Los programas preventivos deben dirigirse preferentemente a sectores concretos de la población y deben combinar su carácter educativo orientado a la modificación de actitudes y hábitos, con la promoción de comportamientos incompatibles con el consumo. Estos programas han de ser sistemáticos en sus actuaciones, permanentes en el tiempo y susceptibles de ser evaluados.

4. Las administraciones públicas, cada una en el ámbito de sus competencias, han de procurar un desarrollo urbano equilibrado, basado en los criterios de solidaridad, igualdad y racionalidad, y contribuir así a la eliminación de focos de marginación y a la regeneración del tejido urbano y social, como un factor de superación de las condiciones que inciden en la aparición de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

5. Los criterios para la homologación y la autorización de los programas de prevención se deben determinar por orden de los titulares de las consejerías competentes, según el ámbito de actuación, a propuesta del coordinador sobre drogas de las Illes Balears.

Artículo 10. *Actuaciones informativas.*

1. Las administraciones públicas, en colaboración con los medios de comunicación social, han de promover el desarrollo de campañas informativas sobre los efectos de las drogas y otras adicciones, con la finalidad de modificar actitudes y hábitos negativos y favorecer la adopción de estilos de vida saludables. También han de promover los intercambios entre profesionales de la promoción de la salud y de la información para mejorar la información general sobre las drogas y otras adicciones en los medios de comunicación.

Para el cumplimiento de este objetivo, la consejería competente en materia de drogodependencias debe disponer de espacios gratuitos de publicidad en los medios de titularidad pública de la comunidad autónoma de las Illes Balears, con un máximo del 5 por 100 de los tiempos destinados a publicidad en cada una de las franjas horarias que determine en función del público destinatario de las campañas y durante todo el tiempo que duren.

2. La consejería competente en materia sanitaria, a través del organismo público encargado de desarrollar la política en materia de drogodependencias, ha de facilitar información actualizada y apropiada a los usuarios y profesionales sanitarios, de servicios sociales, de educación y del medio laboral, sobre aquellas substancias que pueden producir dependencia, y los ha de asesorar y facilitar orientación sobre la prevención y el tratamiento de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

3. Los entes locales, en sus respectivos ámbitos territoriales, han de llevar a cabo acciones de información y educación de la población en las materias reguladas por esta ley, de acuerdo con las directrices de actuación establecidas en el Plan de actuaciones sobre drogodependencias por el órgano comunitario competente en materia de drogodependencias.

Artículo 11. *Actuaciones en el ámbito docente.*

1. La consejería competente en materia de educación, en colaboración con la competente en materia sanitaria, se ha de responsabilizar de la introducción de la educación para la salud en todos los centros docentes no universitarios de la comunidad autónoma de las Illes Balears.

2. Los programas de educación para la salud a los que hace referencia el apartado anterior deben incluir contenidos específicos sobre la prevención de las drogodependencias y otras adicciones adecuados al ciclo escolar en que se desarrollen.

3. En el ámbito escolar, la prevención de las drogodependencias y otras adicciones ha de recoger actuaciones dirigidas a toda la comunidad educativa. Las actividades han de estar integradas en las actividades escolares de los centros y dirigidas por el profesorado, en el marco del proyecto de centro.

4. El Gobierno de las Illes Balears, en colaboración con la Universidad de las Illes Balears, promoverá la adopción de medidas para aumentar y mejorar la formación de los estudiantes y la formación de especialistas universitarios en aspectos vinculados con la educación para la salud y, especialmente, sobre drogodependencias y otras adicciones.

Artículo 12. *Actuaciones preventivas dentro del ámbito comunitario.*

1. Los programas de prevención comunitaria:

a) Han de desarrollar intervenciones para promover la movilización, la implicación y la participación de las instituciones y organizaciones de la propia comunidad.

b) También han de recoger actuaciones coordinadas entre los servicios sanitarios y sociales, las asociaciones de padres y madres y otras entidades sociales, dirigidas a fomentar las habilidades educativas, a incrementar la competencia de los padres y las madres, y a promover la implicación de la familia en las actividades escolares y comunitarias.

c) Han de potenciar la mejora de las habilidades personales y de convivencia junto con una política global de alternativas, impulsando alternativas de formación profesional, ocupación, servicios socioculturales y actividades de ocio y tiempo libre.

2. En relación con la prevención en el ámbito comunitario, se consideran prioritarios:

a) La prevención dirigida a la población infantil y juvenil, sobre todo a aquellos colectivos que por sus características personales o por las condiciones de su entorno, estén expuestos a factores de riesgo.

b) El trabajo con las familias multiproblemáticas, y con los padres y las madres de niños y jóvenes identificados como de alto riesgo, de manera coordinada entre los servicios sociales y el ámbito educativo.

3. Los planes municipales de actuaciones sobre drogodependencias deben recoger los programas de prevención dentro del ámbito comunitario que se hayan de desarrollar en el municipio, en coordinación y de conformidad con los criterios y las directrices del Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.

4. Las instituciones responsables de las políticas juveniles deben promover la formación y la capacitación específica en materia de prevención de los animadores socioculturales, monitores de tiempo libre, educación a través de iguales y otros mediadores sociales en el ámbito de la juventud.

Artículo 13. *Actuaciones relativas a los establecimientos destinados a espectáculos y actividades recreativas.*

1. Las administraciones públicas, con la colaboración de las organizaciones empresariales del sector, han de promover medidas y actuaciones para proteger la salud de los usuarios de los establecimientos, locales e instalaciones destinados a espectáculos y actividades recreativas.

2. Además de la revisión y la mejora de las condiciones de seguridad e higiene exigibles para la licencia de apertura de esta clase de establecimientos, la administración y las empresas han de procurar conjuntamente:

a) La formación del personal para dar respuestas rápidas y efectivas ante los problemas que pueda ocasionar el abuso de cualquier sustancia tóxica o adictiva.

b) La aplicación de medidas concretas de prevención y reducción de riesgos derivados del abuso de drogas y otras sustancias y productos que puedan causar dependencia.

Artículo 14. *Actuaciones en el ámbito familiar y juvenil.*

1. La consejería competente en materia sanitaria ha de colaborar con las otras áreas de la Administración para poder integrar la educación para la salud y la prevención de las drogodependencias en los ámbitos educativos no académicos y, de manera específica, en los ámbitos juveniles y de ocio.

2. Las intervenciones, los programas y los materiales destinados a la prevención del abuso de las drogodependencias y otras adicciones en el ámbito familiar y juvenil han de ser previamente informados por la consejería competente en materia sanitaria.

Artículo 15. *Actuaciones en el ámbito judicial y penitenciario.*

El Gobierno de las Illes Balears, en el ámbito de sus competencias:

1. Ha de colaborar con la Administración penitenciaria para la realización de programas de educación sanitaria y de atención a reclusos con problemas de dependencia y a sus familias y ha de impulsar programas de asistencia médica, jurídica, psicológica y social a las personas drogodependientes que están a la espera o inmersas en un procedimiento judicial en el marco de la jurisdicción penal, en colaboración con la Administración de Justicia. También ha de promover programas que faciliten la incorporación social y laboral de reclusos y reclusas drogodependientes o con otras adicciones al terminar su condena.

2. Ha de proporcionar, a través de recursos públicos o privados acreditados, alternativas para las peticiones de cumplimiento de medidas de seguridad, suspensión de la ejecución de la pena o cumplimiento de pena en un centro terapéutico formuladas por la Administración de Justicia.

3. En el ámbito de la justicia juvenil ha de desarrollar programas de educación para la salud y de tratamiento terapéutico para los menores con problemas de dependencia en coordinación con todos los organismos implicados.

Artículo 16. *Actuaciones en el ámbito laboral.*

1. El Gobierno de las Illes Balears ha de impulsar la realización de programas de prevención y asistencia de drogodependencias y otras adicciones, y ha de implantar programas de detección precoz mediante los servicios sanitarios normalizados de las empresas. En el diseño, la ejecución y la evaluación de estos programas pueden participar

los sindicatos, las organizaciones empresariales, los servicios de prevención y también los consejos de salud laboral en las empresas e instituciones.

2. La consejería competente en materia de trabajo ha de potenciar los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos encaminados:

a) A la modulación de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en los casos derivados del abuso de drogas, cuando la persona afectada se ponga en tratamiento.

b) A la reserva de los puestos de trabajo de los trabajadores y de las trabajadoras drogodependientes durante su proceso de tratamiento.

3. El Gobierno de las Illes Balears, a través del procedimiento que se establezca reglamentariamente, puede declarar empresas saludables y solidarias aquellas que destaquen por la protección de la salud de los trabajadores y por su colaboración en el proceso de reinserción laboral de los drogodependientes. También, por el mismo procedimiento, puede establecer las medidas y los incentivos que estimulen la participación empresarial.

CAPÍTULO II

De las medidas especiales de prevención y control del consumo del tabaco

Sección 1.ª Limitaciones a la promoción y publicidad de tabaco

Artículo 17. *De la publicidad.*

Sin perjuicio de lo establecido en la legislación estatal de publicidad, la promoción y la publicidad tanto directa como indirecta de tabaco deberá respetar, en cualquier caso, las siguientes limitaciones:

a) La publicidad exterior de tabaco no puede ser visible desde los centros educativos, ni estar a menos de cien metros de sus accesos. Se entiende por publicidad exterior aquella capaz de atraer mediante imagen o sonido la atención de las personas que se encuentren en las vías y zonas públicas. Quedan excluidas de esta prohibición las señales indicativas propias de los puntos de producción y venta legalmente autorizados que, no obstante, estarán sometidos a otras prohibiciones y limitaciones establecidas reglamentariamente.

b) No está permitido que los mensajes publicitarios de tabaco se asocien a una mejora del rendimiento físico o psíquico, al éxito social ni a efectos terapéuticos.

c) Asimismo, queda prohibido ofrecer una imagen negativa de la abstinencia.

d) Los mensajes publicitarios de tabaco no pueden sugerir que el consumo puede contribuir al éxito sexual o laboral, a incrementar el atractivo sexual o a superar problemas de inadaptación social, de ansiedad o conflictos internos.

e) Todo lo establecido en los apartados anteriores se extiende a la publicidad directa o indirecta, incluso incluye la de objetos o productos que por su denominación, grafismo, manera o lugar de presentación o cualquier otra causa pueda representar una publicidad encubierta de tabaco.

f) Las administraciones radicadas en las Illes Balears no han de utilizar como soporte informativo o publicitario objetos relacionados con el tabaco.

Artículo 18. *De la publicidad en los medios de comunicación social.*

Los periódicos, revistas y otras publicaciones impresas, los medios de registro y reproducción gráfica o de sonido, así como las publicaciones e informaciones difundidas mediante páginas web o cualquier otro medio electrónico, editados en las Illes Balears, están sometidos a la limitación siguiente:

Cuando estén dirigidos a menores de 18 años, no pueden incluir publicidad de tabaco en estos medios. En los demás casos, la publicidad de tabaco no podrá aparecer en portadas, páginas o secciones de deportes, en espacios dirigidos a menores de 18 años y en las páginas o secciones dedicadas a pasatiempos.

Artículo 19. *De las prohibiciones relativas a la publicidad.*

Se prohíbe expresamente la publicidad directa o indirecta de tabaco:

a) Dirigida a los menores de 18 años.
b) En los centros y en las dependencias de las administraciones públicas en las Illes Balears.
c) En los centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales. d) En los centros de enseñanza públicos y privados.
e) En las salas de cine y espectáculos públicos destinados a menores de 18 años.
f) En los medios de transporte público y en las salas de espera de estos transportes.
g) En todos los lugares donde esté prohibida la venta y el consumo, establecidos en esta ley.
h) En la vía pública, cuando haya una distancia inferior a cien metros entre el anuncio publicitario y algún tipo de los centros contemplados en los apartados d) y e) del presente artículo.
i) En el resto de centros, lugares y espacios donde por razones sanitarias se determine reglamentariamente.

Artículo 20. *Limitaciones a la promoción.*

1. Las actividades de promoción de tabaco en las ferias, exposiciones, muestras y actividades similares, se deben realizar en espacios diferenciados cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas. En estas actividades no está permitido el ofrecimiento gratuito a menores de 18 años. Tampoco está permitido el acceso a los espacios diferenciados a los menores de 18 años si no van acompañados por mayores de edad.
2. No se puede realizar el patrocinio o la financiación de actividades deportivas ni culturales, que vayan dirigidas a menores de 18 años, por parte de personas físicas o jurídicas cuya actividad principal sea la fabricación, venta, promoción o distribución de tabaco, si esto conlleva la publicidad del patrocinio, difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionadas con tabaco.
3. Está prohibida la promoción de tabaco mediante la distribución de información en los buzones, correo, teléfono y, en general, a través de cualquier mensaje que se envíe a un domicilio, excepto que vaya dirigido nominalmente a mayores de 18 años.
4. Está prohibida la promoción de tabaco mediante la difusión a menores de edad, por cualquier medio de prospectos, carteles, invitaciones y cualquier clase de objeto donde se mencionen sus marcas, sus empresas productoras o los establecimientos donde se consume.

Sección 2.ª Limitaciones de la venta y del consumo de tabaco

Artículo 21. *De las limitaciones de la venta y del consumo de tabaco.*

1. Queda prohibida la venta y el suministro de tabaco y de los productos que favorezcan el hábito de fumar a los menores de 18 años en el territorio de las Illes Balears.
2. La venta de tabaco a través de máquinas automáticas sólo se podrá hacer en establecimientos cerrados. En la superficie frontal de la máquina ha de constar de manera visible la prohibición de su uso a menores de 18 años y que el tabaco es nocivo para la salud. El titular del establecimiento donde estén situadas las máquinas expendedoras es el responsable del cumplimiento de esta prohibición.
3. No se permite la venta ni el suministro de tabaco en:

a) Centros y dependencias de las administraciones públicas.
b) Centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales, a excepción del hospital psiquiátrico y de las áreas psiquiátricas de los hospitales de la comunidad autónoma de las Illes Balears.
c) Centros educativos.
d) Centros o instalaciones deportivas.

e) Establecimientos o salas recreativas del tipo 'A' o los autorizados exclusivamente para la explotación de máquinas recreativas sin premio.
f) Transportes colectivos o de uso público. g) Centros de menores.

4. Tienen la consideración de espacios libres de humo, y por lo tanto no se puede fumar en ellos, los lugares siguientes:

a) Todas las dependencias de las administraciones públicas, exceptuando aquellas que se encuentren al aire libre.
b) Centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales, a excepción del hospital psiquiátrico y de las áreas psiquiátricas de los hospitales de la comunidad autónoma de las Illes Balears.
c) Centros educativos.
d) Centros infantiles y juveniles de diversión y ocio.
e) Centros comerciales, oficinas de entidades financieras y lugares de trabajo en locales cerrados, excepto en las zonas reservadas no destinadas a la venta o a la atención al público.
f) Locales donde se elaboren, manipulen o vendan alimentos. Se exceptúan de esta prohibición los locales destinados principalmente al consumo de los alimentos en los espacios expresamente reservados para fumadores. Así mismo, se exceptúan los espacios expresamente reservados para fumadores de las zonas de los edificios de las administraciones públicas, dedicadas a las actividades propias de los bares, cafeterías o restaurantes, la explotación de las cuales haya sido autorizada mediante concesión. Se prohíbe fumar a los manipuladores de alimentos durante su servicio.
g) Salas de cine, teatro y otros espectáculos públicos en locales cerrados.
h) Centros o instalaciones deportivas cubiertas.
i) Vehículos y medios de transporte colectivo o de uso público, especialmente los destinados al transporte escolar, y todos los que transporten menores de 18 años o personas enfermas.
j) Estaciones de autobuses, aeroportuarias y marítimas ubicadas en locales cerrados.
k) Ascensores y elevadores.
l) Lugares de trabajo donde hay mayor riesgo para la salud de los trabajadores para combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.
m) Bibliotecas, museos y salas o espacios cerrados dedicados a la lectura, exposiciones, conferencias y otras actividades culturales de naturaleza similar.
n) Todos aquellos que determine reglamentariamente el gobierno.

5. En todos los establecimientos y vehículos donde se prohíbe fumar, se debe colocar en lugares visibles la señalización de prohibición de fumar.
6. Las empresas titulares de los establecimientos, vehículos y medios de transporte descritos en el apartado 4 de este artículo son responsables del exacto cumplimiento de estas prohibiciones y obligaciones.

Artículo 22. *Derecho de preferencia de los no fumadores.*

En caso de conflicto, y en atención a la promoción y defensa de la salud, el derecho de las personas no fumadoras, en las circunstancias en que puedan verse afectadas por el consumo de tabaco, prevalece sobre el derecho a fumar.

Artículo 23. *Plan de actuaciones contra el tabaquismo.*

1. La consejería competente en materia sanitaria ha de elaborar un plan de actuaciones contra el tabaquismo que debe recoger medidas preventivas contra el hábito de fumar en todos los ámbitos, ha de promover la información y la asistencia de las personas que presenten afecciones psíquicas y físicas por dependencia al tabaco, y ha de fomentar programas y actuaciones para abandonar su hábito.
2. Además de las medidas y limitaciones reflejadas en esta ley, la consejería competente en materia sanitaria puede proponer la determinación de otros espacios sin humo y las medidas complementarias que sean necesarias para preservar la salud de los no fumadores.

CAPÍTULO III

De las actuaciones sobre el juego patológico

Artículo 24. *El juego patológico.*

1. El juego patológico, como trastorno adictivo, merece un interés especial por parte de los sistemas educativo, sanitario y social.

2. El Gobierno de las Illes Balears ha de promover la sensibilización y la información a todos los colectivos sobre el potencial adictivo de los juegos de azar, y ha de fomentar la asistencia y el apoyo psicológico y social de las personas afectadas.

3. El Gobierno de las Illes Balears ha de regular la publicidad del juego, tanto en el interior como en el exterior de los locales y en los medios de comunicación.

4. En cualquier caso, para prevenir los trastornos derivados del juego patológico:

a) No pueden entrar en las salas de juego, casinos y bingos, ni participar en los juegos y apuestas, ni usar máquinas con premio programado y de azar, los menores de 18 años y las personas que presentan síntomas de embriaguez o de intoxicación por drogas u otros síntomas de disminución de su capacidad volitiva.

b) En el frontal de las máquinas con premio programado y de azar, se ha de hacer constar de manera visible, la indicación siguiente: «El uso de esta máquina puede crear adicción al juego y está prohibida para los menores de 18 años». El titular del establecimiento donde estén instaladas estas máquinas es el responsable del cumplimiento de esta prohibición.

c) Los titulares de casinos, bingos y salas de juego, los operadores de estas máquinas, y los titulares de los establecimientos donde estén instaladas, pueden prohibir el uso o el acceso a las máquinas y la participación en los juegos y en las apuestas de las personas sobre las cuales tengan sospechas razonables de dependencia patológica. Además tienen prohibido.

Conceder créditos o avanzar cantidades en metálico a cuenta a los jugadores.

Conceder bonificaciones o jugadas gratuitas a los usuarios.

5. Teniendo en cuenta el secreto profesional y el derecho constitucional a la intimidad, el Gobierno de las Illes Balears ha de crear reglamentariamente un registro de personas que tienen el acceso prohibido a los locales de juego que ha de incluir como mínimo:

a) Las personas que lo soliciten por si mismas o a través de sus representantes legales.

b) Las personas que padecen una adicción patológica al juego, a petición de sus familiares con dependencia económica directa justificada documentalmente.

c) Las personas afectadas por una resolución judicial en este sentido.

CAPÍTULO IV

De les actuaciones sobre otras drogas y otras adicciones

Artículo 25. *Control de estupefacientes y psicotropos.*

La consejería competente en materia sanitaria ha de controlar la producción, la prescripción y la dispensación de sustancias estupefacientes y psicotropos, en el marco de la legislación vigente, así como las ventas de productos naturales con efectos psicotropos.

Artículo 26. *Control de sustancias químicas.*

1. La Administración, en el marco de sus competencias, debe regular normativamente las condiciones y la presentación para la venta de sustancias y productos comerciales que puedan producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia, con la finalidad de evitar su uso como drogas.

2. Los productos que contienen estas sustancias no se pueden presentar de manera que por su color, forma, grafismo u otras circunstancias pueden atraer especialmente la atención de los menores.

Artículo 27. *Inhalantes y colas.*

1. Se prohíbe la venta a menores de 18 años de colas y otros productos químicos que puedan producir efectos nocivos para la salud y creen dependencia o produzcan efectos no deseables.
2. La consejería competente en materia sanitaria ha de determinar reglamentariamente la relación de productos a que se refiere este artículo.

Artículo 28. *Sustancias abusivas en el deporte.*

1. Se prohíbe la prescripción y la dispensación de fármacos en las prácticas deportivas que aumenten, de manera artificial, la capacidad física y que producen daños a la salud, con excepción de aquellos casos justificados de necesidad terapéutica.
2. El Gobierno de las Illes Balears, en el marco de sus competencias, ha de adoptar las medidas apropiadas para eliminar el uso de las sustancias prohibidas por los organismos deportivos nacionales e internacionales.
3. El Gobierno de las Illes Balears debe adoptar las medidas necesarias para el control y la inspección de la distribución y la venta de las sustancias que se puedan desviar por su uso ilícito para mejorar el rendimiento deportivo.

Artículo 29. *Autolimitación.*

El Gobierno de las Illes Balears, a través de la consejería competente en materia sanitaria, debe promover la formalización de convenios de colaboración con empresas fabricantes y distribuidores de tabaco y juegos de azar, destinados a la autolimitación de la publicidad de estas sustancias y de estos productos.

CAPÍTULO V

De la atención a las personas con adicciones

Sección 1.ª De los principios básicos

Artículo 30. *Principios básicos.*

En las Illes Balears, el modelo de atención de drogodependencias y otras adicciones, se ha de adaptar los principios básicos siguientes:

1. La oferta terapéutica ha de ser accesible y diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar. Esta oferta debe hacerse a partir de los servicios sanitarios y sociales establecidos, con el apoyo de los recursos específicos que sean necesarios Se ha de fundamentar en programas asistenciales basados en la persona como individuo y con flexibilidad de objetivos terapéuticos.
2. La atención se ha de prestar preferentemente integrada en el medio más cercano al hábitat de la persona y de su entorno socio-familiar, con una ordenación territorial que garantice la cobertura asistencial a toda la población de la comunidad autónoma.
3. Las administraciones públicas han de garantizar la asistencia sanitaria y psicosocial de las personas con problemas de adicción y a sus familias, en condiciones de equidad con otras enfermedades, para asegurar la calidad y la eficiencia de los diferentes servicios y programas integrados en la red pública asistencial integrada en el sistema sanitario y de servicios sociales.
4. Las administraciones competentes en esta materia han de procurar una provisión de recursos adecuada a las necesidades de asistencia y su integración, coordinación orgánica y funcional. Las administraciones competentes pueden complementar la oferta pública a través de convenios y contratos con los recursos privados debidamente acreditados.
5. Las administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, deben velar por:

a) Estimular la demanda asistencial y el contacto de las personas con problemas de dependencia con los dispositivos asistenciales del sistema, garantizando su libre acceso y la gratuidad de las prestaciones.

b) Impulsar los programas de inserción social como objetivo del proceso de atención, a través de la coordinación y el trabajo conjunto de los servicios asistenciales y de reinserción social.

c) Dar asistencia y apoyo a las familias afectadas.

d) Mejorar los niveles de salud y de calidad de vida de las personas drogodependientes y otras conductas adictivas.

e) Potenciar una cultura social favorecedora de la solidaridad y la colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social que incluya un rechazo del consumo de drogas o una decisión responsable hacia su uso, junto con el respeto de las personas dependientes.

f) Conocer la evolución de los productos, de las formas de consumo y de las características de los consumidores para poder anticiparse a las necesidades y adaptar los programas y servicios a las nuevas demandas emergentes.

Sección 2.ª Centros, servicios y programas de atención públicos

Artículo 31. *Centros y servicios de atención integrados en la red pública.*

1. El sistema de atención e integración social del drogodependiente o de la persona con otra adicción se configura como una estructura asistencial de titularidad pública diversificada. En esta estructura participan coordinadamente todos los centros y servicios generales, especializados y específicos del sistema de salud y del sistema de servicios sociales, complementados, si cabe, con los recursos privados de iniciativa social debidamente autorizados.

2. Se ha de potenciar la coordinación de estos centros y servicios de atención a los drogodependientes y otras adicciones con los recursos de atención sanitaria y social.

3. Los centros y servicios de atención a las drogodependencias y otras adicciones han de estar sometidos a un régimen de autorización de acuerdo con la normativa vigente. Los centros y servicios también están sujetos a las medidas de inspección, control e información estadística, sanitaria y otras que establezca la legislación vigente.

4. La consejería competente en materia sanitaria ha de establecer una historia clínica unificada para todos los centros y servicios de asistencia y reinserción, que recoja la información mínima necesaria para que, respetando los requisitos de confidencialidad de los usuarios, facilite la coordinación entre centros y servicios, los procesos de derivación y responda a las necesidades del sistema de información sobre drogodependencias y otras conductas adictivas.

5. Según las características de la dependencia, el tratamiento puede realizarse con carácter ambulatorio o en régimen de ingreso tanto hospitalario como en otros centros de tipo sociosanitario o específicos de atención a drogodependencias.

6. Los hospitales que se determinen reglamentariamente, del sector público o privado vinculados a través de convenio, han de disponer de una unidad de desintoxicación de personas que padecen alguna drogodependencia. Para la designación de estos hospitales se atenderá a criterios geográficos, de densidad de población y de existencia de núcleos de riesgo, que definirá el Plan de actuaciones sobre drogodependencias.

Artículo 32. *Programas de atención.*

1. El Gobierno de las Illes Balears ha de fomentar la investigación y la implantación de nuevas técnicas y programas terapéuticos y de inserción que puedan contribuir a la mejora de la eficacia y la eficiencia de los servicios.

2. Se debe velar por la existencia de programas y de servicios adecuados a las diferentes tipologías de problemas y de usuarios, a las diversas etapas de motivación y a los distintos niveles y objetivos del tratamiento, desde programas de reducción de riesgos y de daños hasta programas libres de drogas. Los usuarios de todos estos programas y servicios tienen derecho a recibir la asistencia médica, psicológica y social que necesiten.

3. El Gobierno ha de fomentar actividades de educación sanitaria, asesoramiento y apoyo psicológico a personas con drogadicción y trastornos adictivos y a sus familiares.

4. Se han de promover programas de promoción de la salud orientados de manera prioritaria a colectivos de riego y a sus familias. Estos programas deben incluir actividades

de educación para la salud, vacunación, información y profilaxis de aquellas enfermedades que tienen gran impacto para la salud pública.

5. Se ha de fomentar la creación de programas específicos dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos usuarios pueden acceder también a otros recursos asistenciales para atender sus necesidades médicas, psicológicas, educativas o sociales.

6. La red de asistencia a drogodependencias ha de incorporar programas específicos de atención al abuso y a la dependencia de cualquier sustancia y a otras conductas adictivas, como la ludopatía y otras dependencias conductuales.

Sección 3.ª Autorización y registro de centros y servicios de atención a los drogodependientes

Artículo 33. *Autorización de centros y servicios.*

1. Todas las entidades, los centros y los servicios, públicos o privados, dedicados a la investigación y a la prevención de las drogodependencias y otras adicciones y a la asistencia y reincorporación de los drogodependientes han de tener la correspondiente autorización de la consejería competente en materia sanitaria, y se han de inscribir en el registro correspondiente.

2. La autorización a la que hace referencia el apartado anterior supone la habilitación de estas entidades para suscribir conciertos y recibir subvenciones de las administraciones públicas de las Illes Balears.

3. El Gobierno de las Illes Balears ha de establecer reglamentariamente los requisitos y procedimientos para la autorización administrativa de los centros y servicios mencionados en el apartado anterior.

4. En cualquier caso, estos centros y servicios han de disponer como mínimo de:

a) Director o responsable del centro o servicio.

b) Personal técnico cualificado en las áreas de salud, social, psicológica, laboral, y en su caso educativa, que se ha de definir reglamentariamente de acuerdo con el tipo de centro de que se trate.

c) Documentos escritos sobre los programas de actuación que han de llevar a cabo, con detalle de los métodos y de las técnicas que han de utilizar y los objetivos que persiguen.

d) Un reglamento de régimen interno o condiciones de funcionamiento y de acceso de los usuarios, que necesariamente ha de incluir el cumplimiento de los derechos y de los deberes de los usuarios estipulados en esta ley.

e) Un registro de usuarios, expedientes personales, registro de ingresos y altas, libro u hojas de reclamaciones a disposición de los usuarios y de sus familiares, y régimen de precios de los diferentes servicios cuando se trate de centros privados.

Artículo 34. *Entidades privadas y sociales.*

1. Los centros de titularidad privada se pueden integrar en la red pública de atención a las drogodependencias y otras adicciones a través de convenios, conciertos y otras maneras previstas en el ordenamiento jurídico, siempre que se adecuen a los objetivos y a la programación establecida en el Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.

2. Todos los centros y servicios de atención a drogodependencias y trastornos adictivos gestionados por entidades privadas, asociaciones o particulares que suscriban conciertos y convenios o se beneficien de ayudas de las administraciones públicas de las Illes Balears, han de actuar coordinadamente con el órgano administrativo responsable del Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.

Artículo 35. *Registro de entidades, centros y servicios.*

La consejería competente en materia sanitaria ha de crear un registro unificado de entidades, centros y servicios dedicados a la investigación y a la prevención de las drogodependencias y otras adicciones y a la asistencia y a la incorporación social de los afectados.

Sección 4.ª La incorporación social

Artículo 36. *Criterios de actuación.*

1. La incorporación social forma parte indisoluble del proceso de atención del drogodependiente. Desde el primer momento de la acogida del paciente, se ha de trabajar con el objetivo de la inserción.
2. La incorporación social ha de ser integral. Por ello, cualquiera de los modelos de intervención que se aplique ha de tener como objetivo promover la mejora de la calidad de vida y alcanzar actitudes y hábitos de autonomía personal, autoestima y responsabilidades.
3. El proceso de incorporación social ha de utilizar principalmente los recursos normalizados de la comunidad.

Artículo 37. *Los programas de incorporación social.*

Las administraciones públicas, de acuerdo con los respectivos marcos competenciales, han de velar por la adecuada reinserción social de la persona drogodependiente o con otra adicción en su entorno y por el asesoramiento y apoyo psicológico y social continuado de sus familiares. De manera específica han de promover:

a) Acuerdos entre instituciones y entidades para conseguir una atención global a las necesidades de salud e integración de los usuarios.
b) Programas destinados a cubrir las necesidades específicas de los drogodependientes.
c) La coordinación entre los programas asistenciales y los específicos de incorporación social para asegurar un abordaje integral y continuado.
d) El Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears ha de definir las medidas y actuaciones básicas que han de tener los programas y servicios de integración social.

Sección 5.ª Niveles de asistencia

Artículo 38. *Niveles asistenciales.*

1. La atención a las drogodependencias y otras adicciones se estructura en tres niveles básicos de intervención:

a) El primer nivel está formado por los servicios de atención primaria de salud y de servicios sociales, servicios de urgencia sanitaria y programas que se puedan desarrollar para la información, orientación, motivación, diagnóstico y detección precoz.
b) El segundo nivel, específico para drogodependencias, está formado por equipos ambulatorios interdisciplinarios, que tienen como función específica el diseño y el desarrollo de los planes terapéuticos individualizados. Su oferta incluye el tratamiento de todas las dependencias e incorpora todos los programas terapéuticos que se puedan realizar de manera ambulatoria.
c) El tercer nivel debe ofrecer los programas y servicios necesarios para las personas que, por sus características de su dependencia o sus circunstancias personales, requieran un tipo de atención o de servicios sanitarios y sociales que no se pueden suministrar de manera ambulatoria.

2. Las funciones básicas de cada nivel, la tipología y las clases de centros y servicios que comprenden, los circuitos terapéuticos y la jerarquización de los recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes y personas con otras adicciones, así como los niveles de intervención, han de ser los que determine y desarrolle el Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.

CAPÍTULO VI

De la investigación y la formación

Artículo 39. *Investigación.*

El Gobierno de las Illes Balears, a través del órgano encargado de desarrollar la política sobre drogodependencias, ha de promover:

a) Encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, sanitarios, económicos y sociales para conocer la incidencia, la prevalencia y la problemática de las drogodependencias y otras adicciones en nuestra comunidad.
b) Líneas de investigación, básica y aplicada, en el ámbito de la prevención, la asistencia, el tratamiento y la formación en materia de drogodependencias y otras adicciones.
c) Un sistema de información, coordinado e integrado en las respectivas redes asistenciales, para obtener y analizar los datos que faciliten el asesoramiento y la orientación necesarios sobre la prevención y el tratamiento de las drogodependencias y otras adiciones.

Artículo 40. *Formación.*

1. El Gobierno de las Illes Balears, en colaboración con las administraciones locales, la Universidad de las Illes Balears, los colegios y las asociaciones profesionales y científicas, los sindicatos, las entidades públicas y privadas especializadas en drogodependencias y las organizaciones empresariales, ha de determinar acciones formativas interdisciplinarias de los colectivos relacionados con la prevención, la asistencia y la incorporación social de las personas drogodependientes o con otras adicciones.
2. Igualmente, ha de fomentar la formación especializada en materia de drogodependencias y otras adicciones, a través de programas específicos de formación postgraduada en la Universidad de las Illes Balears o mediante acuerdos de colaboración con otras instituciones y entidades, que garantice una especialización adecuada y un nombre suficiente de profesionales que intervienen en la atención de los drogodependientes.
3. Las administraciones públicas tendrán un cuidado especial en la promoción, la información y la formación del voluntariado social, de manera que fomenten la mejora de la participación ciudadana en los programas y actuaciones sobre drogodependencias.

Artículo 41. *Observatorio de drogas y otras adicciones.*

1. El Gobierno de las Illes Balears ha de crear el Observatorio de drogas y otras adicciones.
2. El Observatorio de drogas i otras adicciones ha de coordinar la promoción y la realización de estudios, investigaciones y documentación en esta materia.
3. El Gobierno de las Illes Balears ha de desarrollar reglamentariamente las funciones del Observatorio.

TÍTULO II

Organización y competencias de las administraciones públicas

CAPÍTULO I

Competencias de las administraciones públicas

Sección 1.ª De la comunidad autónoma de las Illes Balears

Artículo 42. *Competencias del Gobierno de las Illes Balears.*

1. El Gobierno de las Illes Balears, a través de la consejería competente en materia de sanidad, ha de desarrollar las funciones de planificación general de las medidas y actuaciones previstas en esta ley, y de coordinación de las funciones y de los servicios que

en esta materia desarrollen las administraciones públicas de las Illes Balears y las entidades públicas y privadas, así como su evaluación.

2. El Gobierno de las Illes Balears ha de impulsar una política global preventiva que, mediante actuaciones coordinadas de la comunidad y las administraciones públicas, incidan sobre todos los factores favorecedores del consumo de drogas y del desarrollo de otros trastornos adictivos en la sociedad.

3. El Gobierno de las Illes Balears ha de aprobar los planes de actuaciones sobre drogodependencias y tabaquismo de las Illes Balears.

4. Nombrar al coordinador de drogas de las Illes Balears a propuesta del/de la titular de la consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 43. *Competencias de la consejería competente en materia de sanidad.*

Corresponden a la consejería competente en materia de sanidad, entre otras, las competencias siguientes:

a) La elaboración de los planes de actuaciones sobre drogodependencias y tabaquismo de las Illes Balears.

b) La aprobación de la estructura y el funcionamiento de la Comisión institucional en materia de drogas de las Illes Balears y de las comisiones técnicas previstas en esta ley.

c) La elaboración y la propuesta, para su aprobación por el Consejo de Gobierno, de la normativa de autorización de centros y servicios, y de homologación, autorización de materiales y programas de prevención.

d) El establecimiento de un sistema centralizado de información y documentación sobre drogodependencias y otras adiciones, que permita hacer el seguimiento y una evaluación continuada del consumo de drogas y de la problemática asociada.

e) La autorización, el control y la inspección de los centros y servicios regulados en la presente ley.

f) La gestión del sistema público de atención a los drogodependientes y a las personas con otras adiciones.

Sección 2.ª Competencias de los entes territoriales

Artículo 44. *Los consejos insulares.*

Sin perjuicio de las otras actuaciones que les pueda atribuir la legislación vigente, corresponden a los consejos insulares, en su respectivo ámbito territorial:

1. La constitución de las comisiones insulares de coordinación.

2. La colaboración con la consejería competente en materia de sanidad en la planificación y coordinación de las actuaciones en materia de drogas y otras adiciones para cada isla.

3. La elaboración y la aprobación de planes insulares sobre drogodependencias que desarrollen para cada isla la provisión de programas y servicios según las prioridades y los criterios establecidos en el Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.

4. El asesoramiento y el apoyo a las corporaciones locales en la elaboración de sus planes y programas sobre drogodependencias y otras adiciones en el marco del Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.

5. El apoyo técnico y económico en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos a los municipios de menos de 20.000 habitantes.

6. La dirección y la coordinación de los programas de prevención en el ámbito comunitario, de acuerdo con las previsiones del Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.

7. La participación en los programas y servicios de asistencia en los términos que figuran en el Plan de actuaciones sobre drogodependencias.

8. La creación y el mantenimiento de los centros de servicios sociales de ámbito supramunicipal específicos para drogodependientes y para personas con otras adiciones, según las previsiones del Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears

y de los otros planes que en las materias reguladas en la presente ley se aprueben por el Gobierno de las Illes Balears.

9. La presentación de los servicios específicos de incorporación social de los drogodependientes y de las personas con otras adiciones en los municipios de menos de 20.000 habitantes.

10. La promoción de la participación social y el apoyo a las instituciones privadas que operen en su ámbito territorial.

Artículo 45. *Los municipios.*

1. Sin perjuicio de las que les puedan atribuir la legislación vigente, son actuaciones de todos los municipios en su ámbito territorial:

a) Participar en la planificación y en la coordinación de las actuaciones en materia de drogas que se lleven a cabo en el municipio.

b) Desarrollar las políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito familiar y comunitario.

c) Procurar la integración social de los consumidores de drogas y desarrollar los planes de formación profesional y de ocupación de este colectivo.

d) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que establece la presente ley y la legislación estatal.

e) Son competencias de los municipios de más de 20.000 habitantes:

Elaborar, aprobar y ejecutar los planes municipales de actuaciones sobre drogodependencias, en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos por el Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.

Procurar la formación y el reciclaje en materia de drogas y otras adiciones del personal al servicio de la propia Administración municipal y apoyar a las asociaciones y entidades que lleven a cabo, en el municipio, los programas y las actuaciones que prevé el Plan autonómico de drogas de las Illes Balears. Promocionar la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

2. Los municipios de menos de 20.000 habitantes también han de llevar a cabo lo que prevé el apartado anterior, por sí mismos o de manera mancomunada, si no tienen la suficiente capacidad económica y de gestión.

3. En el caso que el Gobierno de las Illes Balears habilite líneas de subvención destinadas a financiar las actividades de las corporaciones locales relacionadas con la lucha contra las drogodependencias y otras adiciones, sólo pueden ser destinatarias de la subvención las entidades locales que desarrollen actuaciones de su competencia y que cuenten con el correspondiente plan de drogodependencias.

CAPÍTULO II

La coordinación

Sección 1.ª El coordinador sobre drogas de las Illes Balears

Artículo 46. *Naturaleza i características.*

1. El coordinador sobre drogas de las Illes Balears es el órgano unipersonal encargado de la coordinación de las actuaciones en materia de drogas que se llevan a cabo a las Illes Balears, y de la gestión de los recursos específicos que le destine la Administración.

2. El coordinador sobre drogas de las Illes Balears ha de estar integrado en la consejería competente en materia sanitaria, que ha de apoyarle con los medios personales, económicos y administrativos que sean necesarios para desarrollar su función.

Artículo 47. *Funciones y objetivos.*

El coordinador sobre drogas de las Illes Balears tiene como objetivo fundamental el diseño y la elaboración del Plan de actuaciones sobre drogodependencias y su gestión, de acuerdo con las directrices establecidas en la presente ley.

Sección 2.ª Otros órganos de coordinación

Artículo 48. *Comisión Institucional en materia de drogas de las Illes Balears.*

1. La consejería competente en materia de sanidad ha de crear y regular una comisión institucional de las diversas administraciones con competencias en materia de drogas, que ha de tener como funciones principales las siguientes:

a) Conocer e informar, antes de su aprobación, el Plan sobre drogodependencias de las Illes Balears.
b) Valorar las necesidades generadas por los problemas derivados del uso de drogas y otras adiciones en las Illes Balears.
c) El asesoramiento, la orientación y la propuesta relativos a aspectos de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción a drogodependientes.
d) La planificación y la coordinación de los recursos de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción que disponen las administraciones públicas en materia de drogodependencias, así como de aquellos recursos que pertenecen a instituciones de titularidad privada que reciben fondos públicos en el ámbito de la comunidad autónoma.
e) El estudio, el análisis y la sistematización de toda la información que sobre drogodependencias, en sus diferentes aspectos, se produzca en las Illes Balears.
f) Cualquier otra que, en el ámbito de sus competencias, se le pueda atribuir reglamentariamente para el cumplimiento de sus fines.

2. Asimismo, ha de regular las comisiones técnicas que sean pertinentes, en las que podrán participar las entidades que trabajen en el campo de las drogodependencias y otras adicciones.

Artículo 49. *Comisiones insulares de coordinación.*

1. Los consejos insulares han de constituir las correspondientes comisiones de coordinación de las actuaciones en materia de drogas y otras adiciones en los respectivos ámbitos territoriales.
2. Corresponde a cada consejo regular la estructura, el funcionamiento y la composición de estas comisiones, de las que siempre ha de formar parte el coordinador sobre drogas de las Illes Balears y una representación equilibrada de las administraciones y entidades de más implantación en el respectivo territorio insular.
3. Las comisiones insulares de coordinación, además de aquellas que les pueda atribuir el consejo insular en su respectivo ámbito territorial, tienen las funciones siguientes:

a) Proponer a la Comisión institucional en materia de drogas de las Illes Balears los criterios, las prioridades o las actuaciones que consideren pertinentes para mejorar y armonizar el Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.
b) Coordinar y hacer el seguimiento de la aplicación de las medidas y actuaciones previstas por el Plan sobre drogas de las Illes Balears en los respectivos territorios insulares.
c) Elaborar y presentar a la Comisión institucional en materia de drogas de las Illes Balears una memoria anual de las actuaciones realizadas en esta materia.

CAPÍTULO III

Instrumentos de planificación y participación

Sección 1.ª El Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears

Artículo 50. *Naturaleza y características.*

1. El Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears es el instrumento de referencia para la planificación y la ordenación de todas las actuaciones en materia de drogas y otras adiciones que se lleven a cabo en el ámbito de las Illes Balears.
2. El Plan autonómico debe ser vinculante para todas las administraciones públicas, entidades privadas e instituciones que lleven a cabo actuaciones en materia de

drogodependencias u otras adiciones, para las personas que presenten estos problemas, y para su entorno.

3. El Plan autonómico tiene carácter temporal y su revisión está prevista en el propio plan.

Artículo 51. *Contenido del Plan.*

1. El Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears tiene, como mínimo, el siguiente contenido:

a) Análisis de la problemática del consumo de drogas en las Illes Balears.
b) Objetivos, prioridades, criterios básicos de actuación y objetivos específicos.
c) Definición de los programas mínimos que se han de llevar a cabo.
d) Responsabilidades y funciones de las administraciones públicas, entidades privadas e instituciones.
e) Definición de la red de servicios, recursos, programas y centros de los circuitos de atención y de los niveles de intervención.
f) Recursos necesarios para conseguir los objetivos del Plan.
g) Estrategias de evaluación.
h) Plan director y de gestión.

2. El Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears ha de especificar de manera cualitativa y cuantitativa, según las posibilidades técnicas, los objetivos, las prioridades y las estrategias para poder evaluar el impacto y los resultados.

Artículo 52. *Elaboración y aprobación del Plan.*

1. La elaboración del Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears corresponde a la consejería competente en materia de sanidad, que la ha de redactar de acuerdo con las directrices que establezca esta ley, y según las prioridades en materia de drogas que señale el Gobierno de las Illes Balears y el Plan nacional sobre drogas. 2. El Plan autonómico será aprobado por el Gobierno de las Illes Balears, a propuesta del titular de la consejería competente en materia sanitaria, y una vez publicada en el Butlletí Oficial de les Illes Balears, sus determinaciones se han de incorporar al ordenamiento jurídico como disposiciones reglamentarias, y en consecuencia han de vincular a todas las administraciones públicas y entidades privadas e instituciones que lleven a cabo actuaciones en materia de drogodependencia y otras adiciones.

Sección 2.ª Participación social

Artículo 53. *Fomento del voluntariado y la participación social.*

1. Las administraciones públicas han de promover la participación de las asociaciones ciudadanas en las actuaciones de investigación, prevención, atención e incorporación social de los dependientes a través de subvenciones, conciertos, convenios o cualquier otra modalidad.

2. Han de fomentar, de manera preferente, el voluntariado social de los dependientes en proceso de inserción que colaboren en las actividades mencionadas o en otras de carácter cívico y social.

3. Las administraciones públicas han de mantener líneas estables de coordinación y colaboración con las asociaciones ciudadanas que desarrollen iniciativas relacionadas con las necesidades sociales que plantean las dependencias.

TÍTULO III

Régimen sancionador

Artículo 54. *Régimen de infracciones y sanciones.*

1. Son infracciones administrativas en el ámbito de las drogodependencias las acciones y las omisiones tipificadas en esta ley, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. El régimen de infracciones y sanciones que contiene este título se entiende sin perjuicio de la aplicación de regímenes específicos que prevé la legislación estatal sobre seguridad ciudadana, defensa de los consumidores y usuarios, publicidad, sanidad y medicamentos, y servicios sociales.

3. En los supuestos en que las infracciones puedan ser constitutivas de delito, la Administración ha de pasar el tanto de culpa al órgano judicial competente o al Ministerio Fiscal, y se ha de abstener de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme o resolución que ponga fin al procedimiento.

4. De no haberse estimado la existencia de delito, la Administración ha de continuar el expediente sancionador en base a los hechos que los tribunales hayan considerado probados.

5. Las medidas administrativas que hayan sido adoptadas para salvaguardar la salud se han de mantener mientras la autoridad judicial no efectúe ningún pronunciamiento sobre las mismas.

Artículo 55. *Tipos de infracciones.*

1. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves.

2. Son infracciones leves:

a) El incumplimiento de los requisitos, las obligaciones o las prohibiciones especificados en esta ley y en sus normas de desarrollo, cuando no tengan una repercusión grave en la salud de las personas, o cuando no concurran circunstancias agravantes.

b) Las tipificadas como faltas graves en las que concurran circunstancias atenuantes o se hayan cometido por negligencia, siempre que no hayan producido daños a la salud.

3. Son infracciones graves:

a) Las que se produzcan por falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, el servicio o la instalación de que se trate.

b) El incumplimiento de los requisitos, las obligaciones y las prohibiciones especificados en esta ley y en sus normas de desarrollo siempre que tengan una repercusión grave para la salud de las personas o concurran circunstancias agravantes.

c) La apertura y el funcionamiento de un centro, o la modificación de su capacidad asistencial, sin disponer de la preceptiva autorización de apertura y funcionamiento, pero que cumpla con los requisitos establecidos en las normas de aplicación.

d) Dificultar el ejercicio de los derechos de las personas drogodependientes y con adicciones reconocidas en esta ley o en sus normas de desarrollo.

e) El incumplimiento de las obligaciones de suministrar datos, facilitar información, prestar colaboración o cualquier otra manera de obstrucción a las actuaciones de los servicios de inspección.

f) El incumplimiento de los requerimientos específicos formulados por las autoridades o sus agentes.

g) La reincidencia en la comisión de más de una infracción leve en el plazo de un año.

4. Son infracciones muy graves:

a) El incumplimiento de los requisitos, las obligaciones o las prohibiciones especificados en esta ley o en sus normas de desarrollo siempre que tengan una repercusión muy grave para la salud de las personas.

b) Las acciones intencionadamente contrarias a los derechos reconocidos en esta ley o en sus normas de desarrollo que comporten un daño o perjuicio notorio en la salud.

c) La apertura y el funcionamiento, el traslado, la modificación de la capacidad asistencial o el cierre de un centro, sin disponer de la preceptiva autorización administrativa y que no cumplan con los requisitos exigidos en la normativa.

d) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración, o facilitar información falsa a las autoridades o a sus agentes.

e) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos formulados por las autoridades o sus agentes.

f) La amenaza, represalia o cualquier otra manera de presión sobre las autoridades o sus agentes.

g) La reincidencia en la comisión de más de una infracción grave en el plazo de dos años.

Artículo 56. *Responsables.*

1. Son responsables de las infracciones las personas físicas o jurídicas que sean autoras de las conductas u omisiones descritas en este título.

2. La responsabilidad puede exigirse también a los sujetos que, sin tener la consideración de autores, tienen el deber de prevenir la infracción cuando no han adoptado las medidas necesarias para evitar la comisión de la infracción.

3. Han de responder también de pago de la sanción las personas siguientes:

a) Los propietarios del establecimiento, sean personas físicas o jurídicas, han de responder solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por sus empleados o dependientes.

b) El anunciante, el empresario creador de la publicidad y el empresario difusor de la publicidad han de responder solidariamente del pago de las sanciones derivadas de infracciones previstas en esta ley en materia de publicidad.

c) Los padres o tutores han de responder solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por personas menores de edad.

d) Los administradores de las personas jurídicas han de responder subsidiariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por éstas.

Artículo 57. *Régimen de sanciones.*

1. A las infracciones establecidas en este título corresponden las sanciones siguientes:

a) A las infracciones leves, multa de hasta seis mil (6.000 euros) euros.

b) A las infracciones graves, multa de entre seis mil uno (6.001 euros) hasta sesenta mil (60.000 euros) euros.

c) A las infracciones muy graves, multa de entre sesenta mil uno (60.001 euros) hasta a un millón (1.000.000 euros) euros.

2. La cuantía de las multas se ha de graduar teniendo en cuenta los criterios de riesgo para la salud, la gravedad de la alteración sanitaria producida, el beneficio ilícito obtenido, la naturaleza de los perjuicios causados, el grado de intencionalidad y la reiteración de la conducta infractora.

3. Se puede acordar como sanción accesoria el decomiso de productos que pueden causar riesgo para la salud.

4. Además de las sanciones previstas por la comisión de infracciones graves y muy graves, pueden imponerse las sanciones siguientes:

a) En los casos de especial gravedad y trascendencia para la salud pública o persistencia de la infracción, el órgano competente puede acordar como sanción complementaria la suspensión de la actividad de la empresa, el servicio o el establecimiento hasta un máximo de cinco años, o la clausura de centros, servicios, instalaciones y establecimientos.

b) La suspensión o supresión de cualquier ayuda o subvención económica que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado a cualquiera de las administraciones públicas de las Illes Balears.

Artículo 58. *Prescripción de infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones establecidas en esta Ley prescriben:

a) Las leves al año.
b) Las graves a los dos años.
c) Las muy graves a los tres años.

2. Las sanciones impuestas de acuerdo con esta ley prescriben:

a) Las leves al año.
b) Las graves a los dos años.
c) Las muy graves a los tres años.

Artículo 59. *Medidas cautelares de la autoridad.*

No tiene carácter de sanción el cierre o la suspensión provisional de actividad de los establecimientos que no cuentan con la preceptiva autorización o que no se ajustan a los términos o a las condiciones con que fue concedida, hasta que no se hayan subsanado las deficiencias o se cumplan los requisitos exigibles en las normas de aplicación.

Artículo 60. *Competencia para la imposición de sanciones.*

Reglamentariamente se determinarán los órganos competentes para imponer las sanciones establecidas en este título.

Disposición adicional primera.

El Gobierno de las Illes Balears puede actualizar, mediante decreto, las cantidades de las sanciones fijadas en esta ley.

Disposición adicional segunda.

1. En el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta ley, el Gobierno de las Illes Balears ha de aprobar el Plan de actuaciones sobre drogodependencias de las Illes Balears.
2. En el plazo de tres meses desde la aprobación del Plan de actuaciones sobre drogodependencias de les Illes Balears, los consejos insulares han de aprobar los planes insulares sobre drogodependencias previstas en esta ley.
3. En el plazo de seis meses desde la aprobación de los planes insulares, los municipios han de aprobar los respectivos planes municipales previstos en esta ley.

Disposición adicional tercera.

En el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de esta ley, los consejos insulares han de constituir las comisiones insulares de coordinación, y la consejería competente en materia sanitaria, la Comisión institucional en materia de drogas de las Illes Balears.

Disposición adicional cuarta.

El ejercicio de las funciones que se atribuyen en la presente ley a la consejería competente en materia de sanidad, puede desarrollarlas directamente o a través de órganos o entes dependientes de ésta, y se les puede atribuir la gestión de las actuaciones en materia de drogodependencia i otras adiciones reguladas en la presente ley.

Disposición transitoria.

No será de aplicación lo establecido en el artículo 21.3 de la presente Ley en las zonas de los edificios de las administraciones públicas, dedicadas a las actividades propias de los bares, cafeterías o restaurantes, cuya explotación haya sido autorizada mediante concesión vigente a la entrada en vigor de la presente ley.

Disposición derogatoria.

Quedan derogadas todas aquellas disposiciones de igual o inferior rango que contradigan esta ley.

Disposición final primera.

Se autoriza al Gobierno de las Illes Balears para que dicte las disposiciones necesarias para el desarrollo de esta ley.

Disposición final segunda.

Esta ley entrará en vigor al haber transcurridos dos meses desde su publicación en el «Butlletí Oficial de les Illes Balears».

Información relacionada

- Téngase en cuenta que el Gobierno de las Illes Baleares puede actualizar, mediante decreto publicado únicamente en el BOIB, las cantidades de las sanciones fijadas en esta ley, según establece su disposición adicional 1.

§ 43

Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid
«BOCM» núm. 307, de 27 de diciembre de 1996
«BOE» núm. 76, de 29 de marzo de 1997
Última modificación: 14 de diciembre de 2004
Referencia: BOE-A-1997-6620

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

Las drogodependencias han de entenderse hoy, y en una sociedad democrática, como un problema colectivo, que reclama respuestas coordinadas y globales, lejos de una concepción individualista o parcial.

La Comunidad de Madrid, por la peculiaridad de tener la capital del Estado y el carácter de gran ciudad de ésta, con una tasa de incidencia de alrededor del 10 por 100 de drogodependientes, respecto al total del país, demanda respuestas eficaces y adecuadas que, además de afrontar el problema cuantitativamente, contemplen los cambios cualitativos que se producen, en cuanto a la tipología de los usuarios y a la aparición de nuevas sustancias; en este sentido, es necesario tener en consideración, junto al consumo de drogas ilegales, el uso y consumo de drogas legales.

La falta de formación y orientación sobre el consumo de drogas, con efectos negativos en el sector de población más vulnerable (los adolescentes), ha dado lugar a un incremento de consumidores que ha disparado las cifras de adictos, siendo este hecho y la falta de control administrativo sobre determinadas drogas, el origen de importantes daños para la salud, desde la muerte por sobredosis o accidentes de tráfico (el 40 por 100 de los accidentes de tráfico están relacionados con el consumo de alcohol, y éstos son la primera causa de muerte entre los jóvenes), hasta otras graves enfermedades y complicaciones sanitarias. Madrid es la Comunidad Autónoma que está a la cabeza de todo el Estado en número de muertes por sobredosis, Sida y urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de opiáceos y cocaína.

Todo ello convierte a nuestra Comunidad en la región en la que el consumo de drogas causa problemas de tipo sanitario más graves y, por tanto, donde más se concentra la demanda de recursos asistenciales y sanitarios.

En nuestra región se han venido desarrollando, desde hace años, distintas acciones, tanto institucionales como sociales, en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación y

reinserción. El desarrollo del Plan Regional de Drogas, junto con las acciones que diversas ONGs han venido desarrollando en nuestra Comunidad, constituyen experiencias sobradas para valorar lo realizado en política asistencial, sanitaria y formativa en la Comunidad de Madrid.

Es la necesidad de coordinar recursos y acciones, hasta hoy dispersas, lo que mueve a la creación de un organismo autónomo que asuma esta función centralizadora para la obtención de una mayor eficacia en las actuaciones realizadas en este ámbito.

Dada la dimensión del problema, un dispositivo como el que se pretende sólo puede ser eficaz si se sustenta sobre unos criterios sólidos:

Corresponsabilización social, que permita una mejor coordinación interinstitucional y de las propias instituciones con la iniciativa social.

Normalización, que permita comprender al drogodependiente desde el respeto y la solidaridad, entendiéndole como una persona más, con unas particularidades específicas, cuya atención, actuando en el marco de lo bio-psicosocial, debe integrarse, progresivamente, en las redes sanitarias y sociales, en el convencimiento de que, ante este problema, nadie en nuestra sociedad puede permanecer ajeno.

Adecuación de los esfuerzos a las demandas de cada momento, atendiendo a la constante evolución del fenómeno de las drogodependencias, sin que esto suponga desatender ninguna de las áreas clásicas de intervención. Si la necesidad de ofrecer soluciones urgentes obligó, en los comienzos, a incidir especialmente en la asistencia, y puesto que las bases de la misma van estando suficientemente asentadas, el momento requiere impulsar la prevención, implementar los programas de reducción del daño y promover nuevas iniciativas de reinserción.

Atención a la evolución del fenómeno de las drogas, que permita conocer, con la mayor diligencia, los constantes cambios de patrones de consumo y sustancias utilizadas.

Eficacia en la gestión de los recursos y máxima transparencia, para obtener la mayor efectividad en la lucha contra las drogodependencias.

La Comunidad de Madrid, consciente de la necesidad de disponer de cuantos mecanismos sean necesarios para intentar combatir el problema de la drogadicción, dentro del marco global concebido por el Plan Nacional sobre Drogas, aprobado por el Gobierno de la Nación el 24 de junio de 1985, y en el que se incardina el Plan Regional sobre Drogas, pretende dotarse del instrumento organizativo que coordine todos los recursos necesarios para la prevención y tratamiento del problema de la drogadicción.

A tales efectos, se propone la creación de la Agencia Antidroga, como organismo autónomo al amparo de lo dispuesto en la Ley 1/1984, de 19 de enero, reguladora de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid, con el objetivo de coordinar, tanto la acciones institucionales como sociales, sobre drogodependencias, que se lleven a cabo en nuestra región. Sus competencias fundamentales se fijan en un doble sentido:

La coordinación de los recursos asistenciales y sanitarios con el resto de las Administraciones, central y local, en materia de prevención, tratamiento y reinserción, con el objetivo de crear una auténtica red pública de servicios sociales y sanitarios para el tratamiento de los drogodependientes que garantice la asistencia a la demanda real.

La centralización en el ámbito de la Comunidad de Madrid de toda la información sobre la materia para su análisis y estudio, con el objetivo de llevar a cabo un trabajo permanente de información y orientación a los ciudadanos sobre el uso de las drogas.

La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid se dota de una estructura adecuada para el cumplimiento de sus fines. Consta de un Consejo de Administración, encabezado por un Presidente, que lo será, asimismo, de la Agencia, en el que participan las tres Administraciones Públicas que inciden en el territorio de la Comunidad de Madrid, así como las asociaciones e instituciones sin ánimo de lucro que colaboran en la lucha contra la drogadicción; un Director Gerente, responsable de la gestión inmediata de la Agencia, y un Consejo Asesor que, como órgano de participación y consulta, estará integrado por representantes de las distintas Administraciones Públicas, de las organizaciones empresariales y sindicales, de los colegios profesionales y de organizaciones y entidades sin ánimo de lucro.

Corresponderá también a la Agencia realizar la vigilancia epidemiológica de drogodependencias en la Comunidad de Madrid, informando desde esta competencia a cuantos organismos e instituciones así lo soliciten.

La presente Ley se dicta en virtud de las competencias atribuidas a la Comunidad de Madrid en los artículos 26.18 y 27.6 del Estatuto de Autonomía, que le otorgan la plenitud de la función legislativa en materia de asistencia social y la de desarrollo legislativo, en el marco de la legislación básica del Estado, en lo relativo a la sanidad e higiene, respectivamente.

CAPÍTULO I

De la naturaleza y funciones

Artículo 1. *Objeto, naturaleza y ámbito de actuación.*

1. Se crea la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, mediante la que se articulará la cooperación, la coordinación y la participación de la Comunidad de Madrid con las distintas Administraciones y con las distintas organizaciones sociales que intervengan en el campo de las drogodependencias.

2. La Agencia se constituye con la naturaleza de organismo autónomo de carácter administrativo, de conformidad con el artículo 4.2 de la Ley 1/1984, de 19 de enero, de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid, y queda adscrita a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

3. El ámbito territorial de actuación de la Agencia Antidroga será el de la Comunidad de Madrid.

Artículo 2. *Competencias de la Agencia.*

Serán competencias de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid:

a) La planificación y coordinación de los recursos de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de que disponen las Administraciones Públicas, en materia de drogodependencias incluido el alcohol, así como de aquellos recursos pertenecientes a instituciones de titularidad privada que reciban fondos públicos, en el ámbito de la Comunidad.

b) La promoción de cuantas actividades se generen en materia de prevención, estableciendo canales fluidos de colaboración en este campo, con los dispositivos asistenciales y de salud pública.

c) El estudio, análisis y sistematización de toda la información que sobre drogodependencias, en sus diferentes aspectos, se produzcan dentro de la Comunidad de Madrid.

d) La articulación de sistemas eficaces de colaboración entre todos los organismos con competencias, concurrentes en el ámbito de la prevención y rehabilitación en materia de drogodependencias.

e) Suministrar al sistema estatal la información sobre drogodependencias en la Comunidad de Madrid, así como la intensificación de investigaciones sobre la incidencia de nuevas sustancias y variaciones en los patrones de consumo que puedan producirse.

f) La elaboración y firma de convenios con instituciones públicas y privadas en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de los drogodependientes.

g) La homologación y evaluación de métodos y tratamientos que se apliquen en todos los centros existentes en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el Plan Nacional sobre Drogas.

h) El mantenimiento de una línea permanente de información y orientación a los ciudadanos en materia de drogodependencias, dentro del ámbito de la Comunidad de Madrid.

i) La promoción de cauces de información y colaboración con las demás Comunidades Autónomas y toda institución de titularidad privada que, por su relevancia, lo requiera.

j) La autorización administrativa de funcionamiento de centros y servicios que desarrollen su actividades en materia de drogodependencias en la Comunidad de Madrid, previo informe de la Inspección de Servicios Sociales, y sin perjuicio de la obligatoria autorización y registro

que deban tener como establecimientos sanitarios aquellos en los que se realicen actividades de esta índole.

k) La representación de la Comunidad de Madrid en todos aquellos eventos que, por su trascendencia en la lucha contra las drogodependencias, lo hagan necesario.

Artículo 3. *Áreas de actividad.*

Los objetivos prioritarios de la Agencia Antidroga, para el más eficaz desarrollo de sus funciones, se orientarán hacia las siguientes áreas de actividad:

a) Programación.
b) Cooperación institucional y social.
c) Prevención, asistencia, normalización e integración y reducción del daño.
d) Formación.
e) Evaluación y control.

CAPÍTULO II

De los órganos de gobierno

Artículo 4. *Órganos de gobierno de la Agencia.*

Los órganos de gobierno de la Agencia son: El Consejo de Administración, su Presidente y el Director Gerente.

Artículo 5. *Del Consejo de Administración.*

1. El Consejo de Administración de la Agencia estará integrado por el Presidente, los Vocales y el Secretario.

2. El Presidente del Consejo de Administración, que será asimismo el de la Agencia, será nombrado y, en su caso, cesado por acuerdo del Consejo de Gobierno, a propuesta del titular de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

3. Los Vocales que serán nombrados y, en su caso, cesados por acuerdo del Consejo de Gobierno, a propuesta del titular de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, serán los siguientes:

a) Un vocal en representación de cada una de las Consejerías de la Comunidad de Madrid, libremente designados. La representación de la Consejería competente en materia de justicia recaerá, obligatoriamente, en el Director-Gerente de la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor.

b) Un Vocal en representación de la Administración del Estado, a propuesta del Delegado de Gobierno en la Comunidad de Madrid.

c) Cuatro Vocales en representación de las Corporaciones Locales de la Comunidad de Madrid, con la siguiente distribución:

Un representante del Ayuntamiento de Madrid.

Un representante de los municipios con más de 100.000 habitantes, a propuesta de la Federación de Municipios de la Comunidad de Madrid.

Un representante de las Mancomunidades Municipales, a propuesta de la Federación de Municipios de la Comunidad de Madrid.

Un representante de los municipios con menos de 100.000 habitantes, a propuesta de la Federación de Municipios de la Comunidad de Madrid.

d) Dos Vocales en representación de las asociaciones y entidades sin ánimo de lucro cuyos fines sean la lucha contra la droga en el ámbito de la Comunidad de Madrid, en la forma que reglamentariamente se determine.

4. Será Secretario del Consejo de Administración, con voz pero sin voto, un funcionario de la Comunidad, según lo previsto en el artículo 91.2 de la Ley 1/1986, de 10 de abril, de la Función Pública de la Comunidad de Madrid, adscrito a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, siendo sus funciones las señaladas en el artículo 52 de la Ley 1/1984, de 19 de enero, de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid.

El Secretario será nombrado por el Presidente del Consejo de Administración.

5. En el seno del Consejo de Administración podrá nombrarse una Comisión Delegada, elegida de entre sus miembros, que ejercerá las funciones que el Consejo de Administración le delegue. En ningún caso, se le podrán delegar las funciones señaladas en los apartados 1, 2, 4, 5 y 6 del artículo 6 de la presente Ley.

6. El régimen jurídico y el funcionamiento del Consejo de Administración se ajustará a lo establecido 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.

Artículo 6. *Competencias del Consejo de Administración.*

Corresponde al Consejo de Administración:

1. Aprobar el anteproyecto de presupuesto de la Agencia.

2. Aprobar inicialmente el Plan de Actuación Anual de la Agencia y elevarlo al Consejo de Gobierno para su aprobación definitiva. El anteproyecto del Plan será sometido a informe de los Ayuntamientos y entidades a que afecte, en la forma y plazos que reglamentariamente se determine.

3. Solicitar de las Administraciones Públicas competentes la concesión de las subvenciones que procedan a favor de la Agencia.

4. Acordar la concesión de subvenciones a los Ayuntamientos, asociaciones y entidades sin ánimo de lucro, dentro de los límites que para cada año establece la Ley de Presupuestos de la Comunidad de Madrid, dando cuenta de las mismas a la Asamblea de Madrid, en los términos previstos en el artículo 75.5 de la Ley reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid.

5. Aprobar el Reglamento de Régimen Interior de la Agencia, así como la normativa de funcionamiento del propio Consejo de Administración, de conformidad con lo establecido en el artículo 10.1.g) de la Ley 1/1984, de 19 de enero, de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid.

6. Proponer al Consejo de Gobierno el nombramiento del Director Gerente de la Agencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 13.1.a) de la Ley 1/1984, de 19 de enero, de Administración Institucional de la Comunidad de Madrid.

7. Adjudicar todos los contratos que la Agencia haya de suscribir, dentro de los límites presupuestarios que establezca para cada año la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid.

8. Elevar a los órganos competentes de la Comunidad de Madrid, para su aprobación, la propuesta de estructura orgánica de la Agencia y la relación de puestos de trabajo de la misma.

9. Aprobar, a propuesta del Director gerente, el organigrama funcional de la Agencia.

10. Las demás competencias que le atribuyan las restantes normas legales o reglamentarias de la Comunidad de Madrid.

Artículo 7. *Del Presidente.*

1. El Presidente de la Agencia que, asimismo, ostentará la presidencia del Consejo de Administración, ejercerá la representación máxima del organismo.

2. Las atribuciones del Presidente del Consejo de Administración serán:

a) Convocar, presidir y fijar el orden del día de las reuniones del Consejo de Administración y ejercer las funciones inherentes a la presidencia de un órgano colegiado, decidiendo, si es preciso, con su voto de calidad.

b) Representar legalmente a la Agencia ante los órganos administrativos y jurisdiccionales.

c) Supervisar el funcionamiento técnico y administrativo de la Agencia.

d) Las demás competencias que le atribuya el Reglamento de Régimen Interior del organismo autónomo y las restantes normas legales o reglamentarias de la Comunidad de Madrid.

e) Las competencias que le sean delegadas por el Consejo de Administración, en los términos que establece el artículo 11 de la Ley 11/1984, de 19 de enero, de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid.

Artículo 8. *Del Director Gerente.*

1. El Director Gerente, como órgano gestor de la Agencia, será nombrado y, en su caso, cesado mediante Decreto del Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejo de Administración del que dependerá.

2. Son competencias del Director Gerente las siguientes:

a) Dirigir el funcionamiento técnico y administrativo de la Agencia, bajo la autoridad del Consejo de Administración.

b) Asistir, con voz pero sin voto, a las reuniones del Consejo de Administración.

c) Gestionar las relaciones con los órganos ejecutivos de las Administraciones Públicas, así como con las asociaciones y entidades sin ánimo de lucro, en materia de las competencias de la Agencia.

d) Ejercer la dirección inmediata del personal y la organización interna e inspección de sus servicios, sin perjuicio de las competencias que se atribuyan a otros órganos de la Agencia.

e) Ejercer las atribuciones que, en materia de personal, le sean delegadas por el Consejo de Administración.

f) Autorizar gastos y ordenar pagos con cargo a los presupuestos de la Agencia, con los límites señalados por la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid de cada año.

g) Las demás competencias que le atribuyen las restantes normas legales o reglamentarias de la Comunidad de Madrid y aquellas que le sean delegadas por el Consejo de Administración en los términos que establece el artículo 11 de la Ley 1/1984, de 19 de enero, de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO III

Del órgano de participación y consulta

(Derogado).

Artículo 9. *Del Consejo Asesor.*

(Derogado).

Artículo 10. *Funciones del Consejo Asesor.*

(Derogado).

CAPÍTULO IV

Del régimen jurídico

Artículo 11. *Del régimen jurídico.*

La Agencia se regirá por lo dispuesto en la presente Ley; en la Ley 1/1984, de 19 de enero, de Administración Institucional de la Comunidad de Madrid; 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 7/1993, de 22 de junio, de adecuación a la Ley estatal 30/1992 de los procedimientos propios de la Comunidad de Madrid, en todo lo relativo a registro y régimen jurídico de los actos administrativos y demás normativa que resulte de aplicación.

CAPÍTULO V

De la Hacienda

Artículo 12. *Régimen económico de la Agencia.*

1. La Agencia dispondrá de Tesorería propia, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 109 de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid.

El funcionamiento de la Tesorería se ajustará a lo establecido en el artículo 109.2 del citado texto legal.

2. La Hacienda de la Agencia estará formada por:

a) Los bienes y valores que constituyen su patrimonio.

b) Los productos y rentas de dicho patrimonio.

c) Las subvenciones, aportaciones y donaciones que reciba de la Comunidad, Ayuntamiento de Madrid, restantes organismos, entidades y particulares.

d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizada a percibir.

e) Cualquier otro recurso que pudiera serle atribuido.

CAPÍTULO VI

Del régimen presupuestario, de la fiscalización y control y de la contratación

Artículo 13. *Del presupuesto.*

1. La Agencia someterá su régimen presupuestario a lo establecido en la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid y la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid.

2. La Agencia queda sujeta al régimen de contabilidad pública regulado en la citada Ley reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid.

Artículo 14. *De la fiscalización y control.*

Las funciones interventoras, de auditoría, control financiero y control de eficacia serán ejercidas de conformidad con lo dispuesto en la Ley reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid.

Artículo 15. *De la contratación.*

Los contratos que celebre la Agencia se regirán por la Ley 13/1995, de Contratos de las Administraciones Públicas, con las particularidades derivadas de la organización propia de la misma y de su dependencia de la Comunidad de Madrid, de conformidad con lo establecido en el capítulo IV de la Ley 1/1984, de 19 de enero, reguladora de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid.

CAPÍTULO VII

Del personal al servicio de la Agencia

Artículo 16. *Regulación del personal que presta sus servicios en el organismo.*

1. El personal al servicio de la Agencia estará integrado por:

a) Los funcionarios de carrera, personal eventual y contratado en régimen laboral que sean adscritos a la Agencia.

b) Los funcionarios de carrera, personal eventual y contratado en régimen laboral de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que se integren en la Agencia.

2. El régimen jurídico del personal al servicio de la Agencia se regirá por lo dispuesto en el capítulo VIII del título I de la Ley 1/1984, de 19 de enero, de Administración Institucional, y demás normativa aplicable al personal al servicio de la Comunidad de Madrid.

Disposición adicional primera.

Quedan adscritos a este organismo autónomo el patrimonio y los medios materiales que estén incluidos en el Programa 705 de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 1996, quedando igualmente integrado en la Agencia el personal que se halla incluido en el referido programa presupuestario.

Disposición adicional segunda.

Se autoriza al Consejero de Hacienda a realizar las modificaciones presupuestarias y otras operaciones sobre los presupuestos, relativas a la adecuación de los créditos del actual programa presupuestario 705 a la nueva estructura de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Disposición transitoria única.

1. El Presidente del Consejo de Administración de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid será nombrado por el Consejo de Gobierno en el plazo máximo de un mes desde la entrada en vigor de esta Ley.

2. El Consejo de Administración de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid deberá celebrar sesión constitutiva en los dos meses siguientes a la entrada en vigor de esta Ley.

3. En tanto se constituya el Consejo de Administración de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, el actual Coordinador general del Plan Regional sobre Drogas continuará ejerciendo las competencias que actualmente le corresponden. Las competencias que esta Ley atribuye al Consejo de Administración, con carácter delegable, serán ejercidas por su Presidente hasta la sesión constitutiva del Consejo, en la que éste se pronunciará sobre el mantenimiento o revocación de la delegación.

Disposición final primera.

Se autoriza al Consejo de Gobierno para aprobar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

Disposición final segunda.

La presente Ley entrará en vigor el día 1 de enero de 1997, debiendo publicarse en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid» y en el «Boletín Oficial del Estado».

§ 44

Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos

Comunidad de Madrid
«BOCM» núm. 160, de 8 de julio de 2002
«BOE» núm. 176, de 24 de julio de 2002
Última modificación: 28 de diciembre de 2015
Referencia: BOE-A-2002-14844

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

I

El consumo de drogas, como fenómeno complejo y cambiante se ha convertido en uno de los problemas que han generado y generan mayor preocupación social. A este fenómeno se añaden una serie de adicciones no producidas por sustancias químicas que producen trastornos adictivos con la consiguiente repercusión familiar, social y económica.

El uso de drogas, especialmente la heroína, la cocaína y los derivados del cannabis, así como el abuso de determinados fármacos y la más reciente aparición de análogos sintéticos de drogas, han provocado un fenómeno sociocultural sin precedentes, motivado por la falsa creencia de su inocuidad y por la dificultad legal de perseguir nuevas sustancias no reconocidas legalmente como drogas en el momento de sus síntesis.

Asimismo, el consumo de otras drogas, como el tabaco y las bebidas alcohólicas, se encuentra muy arraigado y socialmente aceptado en nuestra Comunidad Autónoma, afectando de una forma especial a los adolescentes y jóvenes, como sector de la población más vulnerable.

Dada la trascendencia de esta materia, parece procedente, que aun a pesar de mantener la regulación que actualmente se recoge en la Ley 6/1995, de 28 de mayo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, se introduzcan las mismas previsiones en la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, y ello, tanto por el carácter global de esta nueva forma, como por razones de salud pública que exigen el tratamiento conjunto de las diversas medidas referidas a la drogadicción y otros trastornos adictivos, entre los que se encuentra el abusivo consumo de alcohol y tabaco; aunque la especialidad en el tratamiento de los menores pueda, en su caso, requerir la intervención de equipos y personal especializado cuya actuación depende de los Organismos públicos con competencias específicas sobre menores, como es el caso del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Los principios básicos sobre los que debe constituirse cualquier Ley en materia de drogodependencias y otras adicciones hacen referencia a los siguientes aspectos: La consideración de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusión en las esferas biológica, psicológica, social y familiar: Una consecuencia de tal idea es la equiparación del drogodependiente con otros enfermos, sin que pueda ser discriminado; la promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo al consumo de drogas; la consideración integral e interdisciplinar de las labores de prevención, asistencia e integración social del drogodependiente, involucrando a los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad; la inserción social, que debe estar ligada al proceso asistencial como una parte más y objetivo final de este último; y el favorecimiento de una cultura de la solidaridad y la creación de una conciencia social, que supone necesariamente el fomento del asociacionismo para constituir grupos de autoayuda de afectados y familiares.

La Comunidad de Madrid, por la peculiaridad de contener a la Capital del Estado y tener gran parte de su territorio el carácter de urbano, vive el fenómeno de las drogodependencias y otros trastornos adictivos de mayor intensidad y mayor preocupación, ya que en nuestra Comunidad Autónoma se produce un número importante de muertes por sobredosis, de casos de SIDA y otras patologías transmisibles, así como de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Por estos motivos, el fenómeno de las drogodependencias y otros trastornos adictivos se debe abordar con un enfoque global que conciba a estas adicciones como un desajuste biopsicosocial y garantice la coordinación entre todos los recursos asistenciales especializados y los recursos de la red pública sociosanitaria.

En la Comunidad de Madrid, la respuesta inicial al problema surgió, por una parte, de acciones tanto institucionales como sociales, en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción. La Administración Regional, consciente de la evolución y dimensión del problema, aprobó en 1985, en concordancia con el Plan Nacional sobre Drogas (PND), el Plan Regional sobre Drogas que pretendía dotarse de un instrumento organizativo que coordinara los recursos de prevención y tratamiento del problema de la drogadicción. También ha sido objeto de desarrollo específico el conjunto de las acciones encaminadas al soporte de los grupos de ayuda mutua que se constituyeron en la Comunidad de Madrid, y dentro de ellos, los relacionados con materias específicas de la presente Ley. Para la consecución de estos fines, se crea en 1996 el Organismo Autónomo competente en materia de drogodependencias, la Agencia Antidroga, como instrumento coordinador de todas las acciones institucionales y sociales que sobre drogodependencias se desarrollan en nuestra región.

No obstante, es preciso profundizar en este esfuerzo normativo con la promulgación de una norma con rango de Ley que se aproxime a las drogodependencias desde una perspectiva global, en la que se considere de una forma integral el conjunto de actuaciones de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes y en la que se preste atención a todas las drogas.

Con esta Ley se persigue, asimismo, trasladar un mensaje de solidaridad y apoyo social hacia las personas drogodependientes, el tiempo que se profundiza en la articulación de una serie de instrumentos de coordinación, planificación, participación y financiación de las actuaciones en materia de drogas que se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma.

Esta Ley pretende ordenar las actuaciones que se realizan en el campo de las drogodependencias en nuestra Comunidad Autónoma, en los aspectos tanto preventivos como asistenciales, y de integración social, dándole el carácter de enfermedad común y consolidando un modelo de intervención que, desde el ámbito sanitario, asegure en el futuro la coordinación e integración de todos los recursos especializados de la red sanitaria.

II

La presente normativa responde al mandato que el artículo 43.1 de la Constitución Española hace a los poderes públicos para que velen por el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, lo cual debe articularse mediante medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios.

Asimismo, los preceptos legales de esta Ley se apoyan en la Carta Magna, que en sus artículos 43.3 y 51 establecen que compete a los poderes públicos fomentar la educación sanitaria y así como garantizar la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces la seguridad y la salud de los mismos.

En cuanto a la habilitación competencial de la Comunidad de Madrid, la presente Ley sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, se dicta en uso de la competencia exclusiva establecida en el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid aprobado mediante Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, reformada por la Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio, en su artículo 26.1, apartado 12, en materia de publicidad, sin perjuicio de las normas dictadas por el Estado para sectores y medios específicos, de acuerdo con las materias 1.ª, 6.ª y 8.ª del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución; apartado 23, en materia de promoción y ayuda de grupos sociales necesitados de especial atención incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación; apartado 24, en materia de protección y tutela de menores y desarrollo de políticas de promoción integral de la juventud; y apartado 30, en materia de espectáculos públicos. Todo ello en relación con la comparecencia de desarrollo legislativo, potestad reglamentaria y ejecución establecida en el artículo 27 del referido Estatuto, en sus apartados 4 (Sanidad e Higiene) y 10 (Defensa del consumidor y del usuario).

III

En la elaboración de este Texto normativo se ha tenido presente, además de la experiencia acumulada, las recomendaciones técnicas y jurídicas de los organismos internacionales de las Naciones Unidas, y en particular de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Consejo de Europa y de otras instituciones de la Unión Europea, la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid de 6 de junio de 1984, así como la legislación relacionada con las drogodependencias en nuestra Comunidad y el resto de España, haciendo especial referencia a las estrategias del Plan Nacional sobre Drogas, así como a las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En armonía con lo dispuesto en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), la actuación en materia de drogodependencias constituye un aspecto sustantivo de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid, que se dirige al doble objetivo de la reducción de la demanda (consumo) y al tratamiento del drogodependiente como un enfermo. En consecuencia, a la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, en cuanto órgano encargado de la ejecución de la política sanitaria en esta materia, según su Ley de creación de 19 de diciembre de 1996, se le encomiendan las actuaciones relativas a la prevención, asistencia, rehabilitación-reinserción, y formación en drogodependencias, bien con sus propios medios, bien mediante los instrumentos de cooperación, coordinación o participación con otros órganos de la Consejería de Sanidad, otras Administraciones y las organizaciones sociales. Por todo ello, en concordancia con la Ley citada, los principios generales de intervención, que se definen en este campo, hacen referencia a la integración y coordinación de recursos e instituciones, a la eliminación de barreras de acceso a programas y servicios, a la normalización que permita la integración social y a la eficacia en las actuaciones, así como a su evaluación y adaptación permanente a las nuevas necesidades. Todo ello sin perjuicio de centralizar en el ámbito de la Comunidad de Madrid toda la información sobre estas materias para su análisis y estudio, con el objetivo de llevar a cabo un trabajo permanente de información y orientación a los ciudadanos sobre las drogas.

Es objetivo prioritario de esta Ley garantizar una atención integral, que conciba las drogodependencias y otros trastornos adictivos como una enfermedad común con repercusiones en los ámbitos biológico, psicológico, social y económico. Además se pretende consolidar un modelo de intervención en drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad de Madrid que asegure la coordinación e integración, orgánica y funcional, de los recursos asistenciales especializados en los sistemas de la red sanitaria.

La presente Ley tiene como objeto la ordenación de las competencias y actuaciones de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención y asistencia de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, y la integración de las personas drogodependientes o con otros trastornos adictivos, en la Comunidad de Madrid.

IV

La Ley se estructura en un Título Preliminar y seis Títulos más, con un total de sesenta y dos artículos. Contiene, además, tres disposiciones adicionales, tres transitorias, una derogatoria y cuatro finales.

El Título Preliminar («Disposiciones Generales»), además de definir el objeto y el ámbito de la Ley, establece el marco conceptual que permita una interpretación correcta del texto y contiene los principios rectores que inspiran la redacción del mismo.

Considerándose que las políticas de reducción de la demanda se constituyen como el instrumento más eficaz de protección de la sociedad frente al fenómeno de las drogodependencias, el Título I («De la reducción de la demanda a través de medidas preventivas»), establece las medidas preventivas generales basadas preferentemente en la educación y en la información, y dirigidas especialmente a los jóvenes y a otros grupos de riesgo.

El Título II («Asistencia e Integración») establece las medidas encaminadas a potenciar la asistencia e integración del drogodependiente o de quien padezca cualquier trastorno adictivo, facilitando el acceso a los recursos de la red pública. En este Título se regulan las actuaciones en los ámbitos judicial, penitenciario y laboral que se desarrollarán en colaboración con las organizaciones sociales y otras Administraciones Públicas con competencias en la materia.

Asimismo, recoge los derechos y deberes de los que son titulares las personas drogodependientes o que sufren otros trastornos adictivos y accedan a tratamiento en nuestra Comunidad Autónoma, especificando la tipología y los criterios de ordenación que los recursos de atención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos deben observar en la Comunidad de Madrid.

El Título III («Del control de la oferta») establece una serie de normas encaminadas a reducir la oferta del alcohol y el tabaco en la población y en especial a los menores de edad. Estas normas se concretan en una serie de medidas de control limitativas de la publicidad, promoción, venta, suministro y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco. También se incluyen otras medidas limitativas para otras sustancias que puedan producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia.

El Título IV («De la organización y competencias de las Administraciones Públicas») regula no sólo la estructura administrativa encargada de la planificación, ordenación, coordinación, control y evaluación de las actuaciones contempladas en la presente Ley, sin que además, regula las competencias que corresponden a las distintas administraciones públicas de la Comunidad de Madrid.

El Título V («De la financiación») establece los criterios que deben tenerse en cuenta para que todas aquellas medidas que se desarrollen en el campo de las drogodependencias y otros trastornos adictivos tengan su corresponsabilidad presupuestaria.

El Título VI («Del régimen de infracciones y sanciones») establece una serie de normas que pretenden el cumplimiento efectivo de los preceptos contenidos en esta Ley, teniendo en cuenta los principios que inspiran el procedimiento administrativo sancionador.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley.*

La presente Ley tiene por objeto regular, en el marco de las comparecencias que estatutariamente corresponden a la Comunidad de Madrid, las actuaciones e iniciativas en el campo de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, englobando las áreas de prevención, asistencia, integración social, formación y evaluación, así como las actuaciones tendentes a la protección de terceras personas, ajenas al consumo de drogas y que, por esta causa, pudieran verse afectadas.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación de la Ley.*

Las disposiciones contenidas en la presente Ley serán de aplicación a las diferentes actuaciones, tanto individuales como colectivas, ya sean de carácter público o privado, que en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

Artículo 3. *De los destinatarios.*

Se entiende por tales todos los españoles residentes o transeúntes en la Comunidad de Madrid, así como los extranjeros inscritos en el Padrón del municipio de la Comunidad de Madrid en que residan habitualmente, en las mismas condiciones que los españoles. Asimismo, los extranjeros que acudan los Servicios o Centros en situaciones de urgencia, las extranjeras embarazadas durante el período de embarazo, parto y posparto y los extranjeros menores de edad en las mismas condiciones que los españoles.

En todo caso, las administraciones prestarán una especial atención al ámbito de la infancia y la adolescencia en relación con las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Artículo 4. *Definiciones.*

1. A los efectos de esta Ley, se considerará como droga toda aquella sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, siendo capaz de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social. Tienen tal consideración:

a) Las bebidas alcohólicas de graduación superior a 1 grado porcentual de su volumen.

b) El tabaco.

c) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas sometidas a control de conformidad con lo establecido en las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado español.

d) Determinados productos de uso industrial o vario, como los inhalantes y colas, en uso distinto a aquel para el que estos productos fueron comercializados, y que pueden producir los efectos y consecuencias descritos en el apartado 1 de este artículo.

e) Cualquier otra sustancia no incluida en los apartados anteriores, que cumpliera la definición establecida en el apartado 1 de este artículo.

2. En el marco de esta Ley se entiende por:

a) Trastorno adictivo: Patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno.

b) Drogodependencia: Trastorno adictivo definido como aquel estado psíquico, y a veces físico y social, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación.

c) Drogodependientes: Se entiende por tal aquella persona que sufre drogodependencia.

d) Prevención: Conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y a fomentar factores de protección frente al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien, que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social.

e) Tratamiento: Conjunto de medios de toda clase, físicos, higiénicos, biomédicos, farmacéuticos, psicológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

f) Desintoxicación: Proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia exógena al organismo.

g) Deshabituación: Proceso orientado al aprendizaje de habilidades que permitan al drogodependiente enfrentarse a los problemas asociados al consumo de drogas, con el objetivo final de eliminar su dependencia de las mismas.

h) Rehabilitación: Proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales y educativas, ayudan a los individuos a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse en la sociedad.

i) Integración: Proceso de incorporación de una persona a su entorno habitual como ciudadano responsable y autónomo, en el que se incluyen tanto la recuperación de las capacidades individuales de integración social como los cambios sociales necesarios para la aceptación de las personas drogodependientes.

j) Reducción de daños y riesgos: Estrategias de intervención dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos que pueden producir algunas formas del uso de drogas o de las patologías asociadas al mismo, así como otras estrategias de intervención orientadas a modificar las conductas susceptibles de aumentar los efectos especialmente graves para la salud asociados al uso de drogas.

k) Evaluación: Análisis de los indicadores establecidos en relación a las actividades realizadas en la prevención, tratamiento e integración de los sujetos drogodependientes para la elección de las más adecuadas y el establecimiento de prioridades científico-técnicas, económicas o sociales.

l) Centros sociosanitarios: Aquellos que atiendan a sectores de la población tales como personas mayores, personas con discapacidad y cualesquiera otros cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales que les presta el centro, determinada asistencia sanitaria.

3. En el ámbito de esta Ley, se consideran drogas institucionalizadas o socialmente aceptadas aquellas que puedan ser adquiridas y consumidas legalmente, siendo las principales las bebidas alcohólicas, el tabaco y los psicotropos cuando no se cumplan las disposiciones legales de prescripción y dispensación.

Artículo 5. *Principios generales.*

1. Las actuaciones que en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos se desarrollen en la Comunidad de Madrid responderán a los principios rectores que para todo el Sistema Sanitario Autonómico se enuncian en el artículo 2 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

2. En el ámbito de aplicación de esta Ley, y complementando específicamente dichos principios rectores, las Administraciones Públicas competentes en la materia, adecuarán su actuación a los siguientes principios:

a) Responsabilidad pública y coordinación institucional de actuaciones.

b) Descentralización, responsabilidad, equidad y autonomía en la gestión de los programas y servicios.

c) Participación activa de la comunidad y de los propios afectados en el impulso y ejecución de las políticas de actuación.

Asimismo, la Comunidad de Madrid intervendrá sobre las condiciones ambientales y socioculturales que inciden como factores de riesgo en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia.

3. La promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de salud que incluya el rechazo al consumo de drogas, así como la modificación de actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a las drogodependencias, generando una conciencia solidaria de apoyo y asistencia a las personas con problemas de drogodependencia.

4. La consideración, a todos los efectos, de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social de la persona.

5. La consideración integral e interdisciplinar del proceso continuado de la prevención de drogodependencias, asistencia e integración social del drogodependiente, mediante la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales y de las administraciones y entidades e instituciones, contando con la participación activa de la comunidad en la ejecución y control

de las intervenciones destinadas a abordar los problemas relacionados con el consumo de drogas.

6. La selección e implantación de las actuaciones y programas en materia de drogas en el marco de la ordenación sanitaria y de acción social de la Comunidad de Madrid, con sujeción a criterios de eficiencia y evaluación continua de resultados con la consideración prioritaria de las políticas y actuaciones preventivas en materia de drogodependencias.

7. La aplicación del principio de equidad en la salud entendida como el derecho de todas las personas a disfrutar de igualdad de oportunidades en función de su necesidad para desarrollar y mantener su salud a través de un acceso igualitario a los servicios sin que exista discriminación alguna.

TÍTULO I

De la reducción de la demanda a través de medidas preventivas

CAPÍTULO I

De la prevención de las drogodependencias y de otros trastornos adictivos

Artículo 6. *Medidas preventivas generales.*

Corresponde a las Administraciones Públicas, en sus respectivos ámbitos de competencias, intervenir en las condiciones sociales y factores de riesgo que pueden favorecer el consumo de drogas, especialmente entre los niños y jóvenes, y, además, adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan de dicho consumo. En este sentido habrán de desarrollar, promover, apoyar, fomentar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendentes a:

a) Informar adecuada y oportunamente a la población sobre las sustancias que puedan generar dependencia, sus características y consecuencias del abuso de las mismas de forma veraz y científicamente contrastada.

b) Educar para la salud, potenciando hábitos saludables frente a las actitudes favorecedoras del consumo de drogas, al objeto de conseguir una «cultura de la salud» que incluya el rechazo a las drogas.

c) Formar profesionales que actúen en el campo de la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

d) Promocionar factores de protección que incrementen valores preventivos respecto a las drogas y modifiquen las condiciones sociales y los factores de riesgo que puedan favorecer el consumo de drogas.

e) Modificar las percepciones, actitudes y comportamientos de la población respecto a las drogodependencias y otros trastornos adictivos generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema.

f) Adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas, no sólo para los consumidores, sino para terceros ajenos al consumo de estas sustancias.

g) Promover de forma prioritaria acciones preventivas dirigidas a la población infantil, adolescente y de especial riesgo en la Comunidad de Madrid.

h) Potenciar la implantación y desarrollo de programas de prevención comunitaria, educativa, familiar y laboral necesarios para que las políticas de prevención de las drogodependencias sean efectivas.

i) Coordinar e impulsar las actividades tendentes a prevenir el consumo de drogas entre las Administraciones Públicas, Organismos públicos, Movimiento Asociativo, así como los diferentes colectivos sociales implicados en esta problemática.

j) Promover la formalización de acuerdos de colaboración con organizaciones sindicales y empresariales, a fin de promover la prevención en el ámbito laboral.

k) Fomentar la formalización de convenios con Organismos e Instituciones públicas, Universidades y Entidades sin ánimo de lucro en materia de prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

l) Limitar la presencia, promoción y venta de drogas.

m) Fomentar alternativas de ocio y tiempo libre que conlleven la reducción de la atracción social sobre las drogas, así como la demanda de las mismas.

n) Incidir especialmente en la toma de conciencia de la sociedad madrileña sobre el carácter de drogas del alcohol y del tabaco.

ñ) Disponer de sistemas de información que garanticen el conocimiento permanente y la evolución de los patrones de consumo, así como la evaluación de las intervenciones realizadas.

o) Fomentar el movimiento asociativo juvenil, favoreciendo la participación en programas culturales, de ocio, especialmente nocturno, deportivos, medioambientales, de educación para la salud y de apoyo a colectivos que viven en situación de riesgo social.

Artículo 7. *Criterios de actuación.*

1. Los ámbitos prioritarios de la prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos serán el comunitario, escolar, familiar y laboral. La prevención se realizará mediante el desarrollo de actividades, en cuya elaboración podrán participar activamente las organizaciones y asociaciones sociales, cuyas iniciativas y actividades serán favorecidas por los poderes públicos.

2. Las actuaciones desarrolladas en materia de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos por las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, deberán enmarcar la prevención en drogodependencias en un ámbito general de promoción y educación para la salud.

3. Los programas preventivos estarán orientados a fomentar aquellos comportamientos alternativos a los consumos de drogas, a través de la modificación de hábitos, actitudes, información y valores, así como de las condiciones del entorno que favorezcan dichos comportamientos de riesgo.

4. Los programas preventivos se dirigirán preferentemente a sectores específicos de la sociedad, especialmente a la población infantil, adolescente y otras de especial riesgo, y contarán en su diseño, ejecución y evaluación con la participación de personas, entidades y asociaciones que puedan favorecer el cumplimiento de los objetivos del programa, y especialmente con los Organismos Públicos competentes en materia de menores.

Artículo 8. *Información.*

1. Las Administraciones Públicas promoverán estrategias de comunicación adaptadas a la consecución de objetivos en el fenómeno de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, sus causas y efectos, a fin de modificar actitudes y hábitos.

Para la difusión de sus Campañas Institucionales sobre prevención de drogodependencias, la Consejería de Sanidad dispondrá de espacios gratuitos de publicidad en los medios de comunicación de titularidad pública de la Comunidad de Madrid con un máximo del 5 por 100 del tiempo dedicado a la publicidad en cada una de las franjas horarias elegidas por el propio Organismo competente y durante todo el tiempo que duren las campañas.

2. La Consejería de Sanidad conocerá e informará de las necesidades y recursos preventivos, así como de la demanda asistencial, la morbilidad y la mortalidad originadas por el uso y/o abuso de sustancias que generan dependencia. Asimismo, informará a la población de todas las estructuras asistenciales sociosanitarias, facilitando el acceso a las mismas. La Consejería de Sanidad, a través de la Agencia Antidroga, facilitará asesoramiento y orientación sobre la prevención y el tratamiento de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

3. Los entes locales, en sus respectivos ámbitos territoriales, desarrollarán acciones de información y educación de la población en las materias reguladas por la presente Ley, siguiendo las directrices de actuación establecidas por el Organismo regional competente en materia de drogodependencias.

Artículo 9. *Investigación y documentación.*

1. Con el objeto de aumentar en nuestra Comunidad Autónoma los conocimientos sobre el fenómeno de las drogodependencias y de otros trastornos adictivos, la Consejería de Sanidad promoverá la realización de estudios y la ejecución de proyectos de investigación en relación con esta materia.

2. La Consejería de Sanidad promoverá asimismo:

a) Encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, sanitarios, económicos y sociales para conocer los riesgos, la incidencia, prevalencia y problemática de las drogodependencias en la Comunidad.

b) Líneas de investigación, básica y aplicada, en el ámbito de las drogodependencias y la formación relacionada con la problemática social, sanitaria y económica sobre el fenómeno.

c) Centros y servicios de documentación sobre dependencias.

3. La Comunidad de Madrid creará premios tendentes a la estimulación de las actuaciones tanto de carácter preventivo, asistencial o de integración social o de investigación en cualquiera de estos ámbitos que destaquen por su calidad, resultado e innovación.

CAPÍTULO II

De la prevención escolar y comunitaria de las drogodependencias y de otros trastornos adictivos

Artículo 10. *Educación para la salud.*

1. Las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones precisas con la finalidad de que la población, y en especial aquellos colectivos más desfavorecidos, adquieran actitudes, hábitos, información y valores alejados de los problemas de las drogas.

En el ámbito familiar se potenciarán las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y superar los factores de marginación de las familias que inciden en el consumo de drogas.

Las administraciones competentes en materia educativa, sanitaria, social y juvenil, colaborarán en la promoción de la salud en el ámbito educativo a través del desarrollo de programas de salud y de prevención de drogas en todas las etapas educativas. Asimismo, colaborarán en el desarrollo de los programas formativos dirigidos a alumnos y alumnas, padres y madres, personal docente y no docente de los centros, con el fin de realizar la prevención en las drogodependencias y otros trastornos adictivos, actuando de forma coordinada para dicha finalidad.

2. Las Administraciones Públicas potenciarán una política global de alternativas al consumo de drogas y al desarrollo de otras conductas potencialmente adictivas, actuando en los ámbitos cultural, deportivo y social. A tal efecto, se impulsarán servicios socioculturales, actividades de ocio y tiempo libre y se promocionará el deporte.

Asimismo, se introducirá en el currículo formativo escolar el aprendizaje en la elección de formas de ocio y diversión saludables.

Artículo 11. *Formación.*

1. El Gobierno de Madrid promoverá programas específicos de formación para aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e integración social en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

2. Se considerará prioritaria la inclusión de contenidos formativos en drogodependencias y otros trastornos adictivos dirigidos a los siguientes colectivos:

a) Profesionales del sistema sanitario madrileño, así como el de los servicios sociales.

b) Profesionales de la red de asistencia a las drogodependencias.

c) Educadores de enseñanza primaria y secundaria, bien de manera específica o entroncados dentro de los programas de educación para la salud.

d) Asociaciones de padres de alumnos.

e) Asociaciones de ayuda y autoayuda, voluntariado social, asociaciones juveniles y movimiento asociativo relacionados directa o indirectamente con las drogodependencias de nuestra Comunidad Autónoma.

f) Personal al servicio de la Administración de Justicia, de la Administración Penitenciaria, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como las Policías Municipales de la Comunidad Autónoma.

g) Representantes de los empresarios, trabajadores y delegados de prevención.

h) Profesionales de instituciones públicas o privadas de atención a menores.

i) Profesionales de oficinas de farmacia.

j) Profesionales de los medios de comunicación.

k) Estudiantes de pregrado de facultades o escuelas universitarias relacionados con el tema de las drogas.

l) Empresarios y servicios médicos de las empresas.

m) Profesionales de bares de copas, discotecas y locales de ocio en general.

3. Estas actuaciones de formación podrán ser realizadas en colaboración con otras entidades públicas o privadas de nuestra Comunidad Autónoma.

4. El Gobierno de Madrid, en colaboración con las Universidades de la Comunidad Autónoma, adoptará las medidas oportunas para la incorporación, en los programas de estudios universitarios, de la educación para la salud y de todos los contenidos necesarios para el aumento y mejora de la adecuada formación de universitarios en los distintos aspectos de las drogodependencias y otros trastornos adictivos y para la formación de especialistas en esta materia que les capacite para el ejercicio de la profesión. Igualmente, se fomentarán los estudios de posgraduados en nuestra Comunidad Autónoma y en las diferentes áreas de intervención en drogodependencias.

TÍTULO II

Asistencia e integración

CAPÍTULO I

Asistencia a drogodependientes

Artículo 12. *Objetivos generales.*

Las acciones asistenciales que se desarrollen en la Comunidad de Madrid dirigidas hacia los sujetos protegidos a que se hace referencia en el artículo 3 afectados por drogodependencias y otros trastornos adictivos, tendrán por finalidad:

1. Garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas y otros trastornos adictivos en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando en todo caso la calidad y eficacia de los diferentes servicios y programas integrados en la red sanitaria única de utilización pública.

2. Potenciar los programas de integración social como objetivo del proceso asistencial, favoreciendo la conexión de los programas asistenciales con los primeros. Como mejor vía de integración social, se desarrollarán estrategias orientadas al acceso y mantenimiento en el ámbito laboral de la población drogodependiente.

3. Garantizar el respecto a los derechos de las personas drogodependencias como usuarios de los distintos servicios.

4. Adecuar los dispositivos asistenciales de la red pública a las necesidades asistenciales de las personas drogodependientes, y de aquellas que padezcan otros trastornos adictivos, garantizando el acceso libre a dichos dispositivos, de acuerdo con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y con la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

5. Mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de las personas drogodependientes.

6. Reducir la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente.

7. Impulsar la cultura social favorecedora de la solidaridad y colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social de las personas drogodependientes, y que incluya un rechazo al consumo de drogas.

8. Cooperar con las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones de autoayuda de afectados y familiares, como colaboradores del proceso asistencial.

Artículo 13. *Criterios de actuación.*

Los servicios sanitarios públicos de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid adecuarán sus actuaciones a los siguientes criterios:

1. La oferta terapéutica para la atención a las personas drogodependientes deberá ser accesible y diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar, incluyendo las diferentes tipologías de tratamiento de eficacia científica reconocida existentes, incluyéndose como un apartado más las diferentes líneas de intervención definidas como reducción de los riesgos y los daños, entre las cuales deben incluirse:

a) De prevención de enfermedades y de asesoramiento y apoyo psicológico dirigidos a las personas afectadas y a las personas que conviven con ellas.

b) De mantenimiento, mediante la prescripción y dispensación de medicación sustitutiva en la red asistencial.

c) De educación sanitaria, que facilite a los afectados la adecuada utilización de los recursos sanitarios necesarios para evitar la transmisión de enfermedades.

2. La asistencia a drogodependencias se prestará en el ámbito comunitario, aplicando con carácter preferente el criterio de proximidad al domicilio del usuario y su entorno, potenciándose los dispositivos y programas asistenciales en régimen ambulatorio.

3. La atención al drogodependiente y sus familiares se realizará a través del sistema sanitario público y del sistema de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, adecuando sus recursos en función de las necesidades de la población e incorporando, cuando sea necesario, los recursos privados, convenientemente acreditados, para completar y diversificar los programas terapéuticos.

4. La atención sanitaria tendrá como objetivos principales, la desintoxicación, la deshabituación, la disminución de riesgos, la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de salud de las personas con drogodependencias, siendo la integración social del drogodependiente el objetivo final del proceso asistencial, para lo cual se coordinarán los diferentes recursos y dispositivos de la red.

5. La integración social de las personas drogodependientes se apoyará en las redes generales y en su familia y entorno afectivo, adoptando, cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades.

6. La evaluación permanente de la calidad de los procesos y resultados de los diferentes centros, servicios y modelos de atención.

Artículo 14. *Actuaciones en materia de asistencia.*

La Administración de la Comunidad de Madrid, dentro del ámbito de sus competencias y en colaboración con las Administraciones Públicas correspondientes, así como las entidades e instituciones privadas, convenientemente acreditadas, promoverá las siguientes actuaciones:

1. La atención a los drogodependientes desde las redes generales de los sistemas sanitarios y de servicios sociales, siempre desde un enfoque multidisciplinar, especialmente en el nivel primario.

2. La adecuación progresiva de la oferta asistencial en centros específicos de atención a drogodependientes, fundamentalmente en cuanto al desarrollo de actividades, programas, plazas y en todas aquellas medidas que favorezcan la accesibilidad de los usuarios a los recursos y faciliten su atención.

3. La inspección y control periódico de los centros, servicios, establecimientos y otros dispositivos de atención al drogodependiente, ya sean de carácter público o privado.

4. La realización de programas encaminados a la disminución de riesgos, reducción de daños y mejora de las condiciones sociales y sanitarias del drogodependiente, incluyendo

actividades de educación sanitaria, asesoramiento y apoyo psicológico a personas usuarias de drogas portadoras de enfermedades transmisibles y a sus familiares.

5. El desarrollo de programas específicos dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos programas incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos opiáceos u otros fármacos de eficacia clínica demostrada, el control sanitario y la atención social y personalizada.

6. La potenciación de programas de integración social de personas drogodependientes y de asesoramiento a sus familiares, así como los de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, con objeto de conseguir su progresiva integración social y laboral.

7. La sensibilización de la sociedad en general, con el fin de promover la participación activa y solidaria de la comunidad en el proceso de asistencia e integración social del drogodependiente y de modificar las actitudes negativas hacia el mismo.

8. La potenciación de programas y recursos dirigidos específicamente a mujeres drogodependientes con cargas familiares no compartidas y con otros factores añadidos de riesgo.

9. La equiparación del drogodependiente a otros enfermos, y la consideración de la drogodependencia, a efectos asistenciales, como una enfermedad.

Artículo 15. *Ámbito judicial y penitenciario.*

La Comunidad de Madrid en el ámbito judicial y penitenciario:

1. Promoverá la realización de programas de educación sanitaria y atención, encaminados fundamental mente a la reducción de riesgos y daños y a la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente.

En este mismo sentido se incorporarán programas dirigidos a aquellos reclusos portadores del virus de inmunodeficiencia adquirida humana (VIH), tuberculosis y otras patologías, destinados fundamentalmente a evitar la transmisión de estos procesos.

2. Favorecerá la asistencia al penado en el medio penitenciario con el fin de que éste realice un proceso de tratamiento en el medio en que se encuentra y facilitar así su futura integración social.

En este sentido promoverá la adopción de convenios de colaboración con otras Administraciones. En todos estos casos, la competencia en la adopción de estrategias terapéuticas residirá en los técnicos del organismo competente en materia de asistencia sanitaria al drogodependiente de la Comunidad de Madrid.

3. Propiciará, a través de centros y servicios públicos o privados acreditados, la posibilidad de dar curso a las demandas de medidas alternativas al cumplimiento de la pena u otras medidas exigidas por la Administración de Justicia e Instituciones Penitenciarias de atención al drogodependiente en los recursos de la red pública.

4. Mantendrá canales de información permanentes con la Administración Penitenciaria, para de esta forma favorecer el acceso del interno, una vez haya cumplido su pena de privación de libertad, a los recursos asistenciales normalizados en el medio comunitario.

5. Establecerá programas de colaboración para atender de forma eficaz los problemas de naturaleza jurídico-penales de la población drogodependiente. Este apartado incluirá la función de asesoramiento y formación a las diferentes Instituciones u Organizaciones implicadas en el campo de las drogodependencias en los ámbitos judicial y penitenciario.

Artículo 16. *Ámbito laboral.*

1. La Comunidad de Madrid impulsará la realización de programas de prevención y asistencia de trabajadores con problemas de consumo de drogas, incluido el alcohol y el tabaco, así como con otros tipos de trastornos adictivos. En el diseño, ejecución y evaluación de estos programas podrán participar los sindicatos, organizaciones empresariales y servicios de prevención, así como los Comités de Seguridad y Salud en las empresas e instituciones.

2. La Comunidad de Madrid potenciará los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos encaminados a la reserva de puesto de trabajo de los trabajadores drogodependientes durante su proceso de recuperación. El Gobierno Regional facilitará en el marco de dichos acuerdos la atención a los trabajadores afectados.

3. La Comunidad Autónoma en sus centros, establecimientos y servicios, reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento, en las condiciones y con las limitaciones que contempla la normativa aplicable. Los Comités de Seguridad y Salud de las distintas dependencias de la Administración Regional velarán por la aplicación de lo dispuesto en la presente Ley a sus trabajadores.

4. El Gobierno Regional promoverá la creación de un clima favorecedor para que las drogodependencias, tal y como están definidas en la presente Ley, o las patologías derivadas del consumo de drogas, no sean un instrumento de discriminación en el ámbito laboral. Asimismo, se facilitará desde dicho medio el acceso de los drogodependientes a los servicios especializados en atención a las drogodependencias.

CAPÍTULO II

De los derechos y deberes de los pacientes

Artículo 17. *Derechos.*

Las personas drogodependientes o con otros trastornos adictivos, dispondrán de todos los derechos recogidos en el ordenamiento jurídico del Estado y de la Comunidad de Madrid, y en particular de los siguientes:

a) A la igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales y al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que puedan ser discriminados por ninguna causa.

b) A la asistencia, dentro de la red pública asistencial de la Comunidad de Madrid y de los centros privados concertados.

c) A la información sobre los servicios y recursos a los que se puede acceder y los requisitos y exigencias que plantea su tratamiento.

d) A recibir un tratamiento adecuado, prestado por centros y servicios acreditados. En el caso de que un menor de dieciséis años precise atención sanitaria por consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas, los centros o servicios sanitarios que presten la atención, deberán comunicar la situación del menor a los padres o tutores para que éstos se hagan cargo del menor. Asimismo, también se pondrá en conocimiento de dichos padres o tutores cuando fuese menor de dieciocho años y la situación, a juicio facultativo, pudiera considerarse de gravedad.

En el caso de que los padres o tutores no quisieran hacerse cargo del menor, el Centro deberá poner los hechos en conocimiento del Fiscal de Menores.

e) A la libre elección entre las diferentes ofertas terapéuticas reconocidas, con el pertinente asesoramiento técnico.

f) A la voluntariedad para iniciar y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.

g) A la confidencialidad de toda la información relativa a su proceso de drogodependencia, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal; y en la Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid, así como en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

h) A la información, verbal o por escrito, de su programa terapéutico individualizado, una vez evaluado su proceso por el equipo terapéutico. El paciente podrá solicitar, si así lo desea, esta información por escrito.

i) A la información adecuada, comprensible, verbal o, en su caso, escrita, en referencia a la medicación que se le prescriba en el proceso de tratamiento que esté siguiendo.

j) A que se le extienda certificación gratuita acreditativa sobre su situación, así como sobre el tratamiento que haya seguido (informe de alta) o esté siguiendo.

k) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso asistencial. En caso de que dicho soporte fuere informático estará en todo caso sujeto a las disposiciones reguladoras que garanticen la confidencialidad de los datos y el uso de los mismos, siéndole solicitada la preceptiva autorización para el tratamiento y cesión de dichos datos, salvo en las excepciones que marca la Ley.

l) A ser advertido de si el tratamiento que se le aplique puede ser utilizado para un proyecto docente de investigación, que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible su previa autorización garantizándose que su negativa no implicará ningún tipo de discriminación, en lo relativo a su asistencia.

m) A conocer el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia, que deberán estar debidamente identificadas.

n) A saber quién es la persona, personas, unidades o servicios a las que puede dirigirse para preguntar o plantear cuestiones o quejas, así como los mecanismos y vías para formular las mismas.

ñ) A cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia. El ejercicio de este derecho podrá ser objeto de limitaciones de conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

o) A conocer la normativa del centro en lo que pueda afectarle.

p) A la firma de un contrato terapéutico que explicite los derechos y deberes y contemple la eventual participación activa de la familia o responsable del paciente a lo largo del proceso.

Artículo 18. *Deberes.*

1. El usuario del sistema de atención e integración social del drogodependiente se verá obligado, por su parte, a observar los siguientes deberes:

a) A cumplir todas las especificaciones e indicaciones que, a lo largo del programa de tratamiento, voluntariamente aceptado, se le indiquen.

b) A respetar las normas de funcionamiento interno de cada centro, servicio o establecimiento asistencial y de integración que previamente le hayan sido comunicadas.

c) A someterse a las determinaciones toxicológicas que le sean indicadas, en el momento en que se le señalen.

d) A la firma de la baja voluntaria en caso de negativa al tratamiento o abandono de la atención.

e) A responder a las cuestiones que, respetando sus derechos como persona, le sean planteadas en el curso de su tratamiento o proceso de integración.

f) A tratar con respeto a todo el personal del centro y a los demás usuarios del servicio, evitando las conductas agresivas hacia los mismos y colaborando en el buen mantenimiento de las instalaciones.

g) A observar una conducta basada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminada a facilitar una mejor convivencia.

2. En el caso de hacer uso de su derecho a la negativa al tratamiento, prevista en los apartados anteriores, se considerará como abandono del mismo, determinando la baja correspondiente.

Artículo 19. *Garantías de los derechos.*

1. La Comunidad de Madrid desarrollará reglamentariamente el contenido y el alcance específico de los derechos reconocidos en el artículo 17.

2. Los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados de atención al drogodependiente dispondrán de información accesible acerca de los derechos y deberes de los usuarios así como hojas de reclamaciones y sugerencias.

3. Las infracciones relativas a los derechos recogidos en el artículo 17 estarán sometidas al régimen sancionador contemplado en esta Ley, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias o de otro tipo que pudieran surgir para el personal autor de las mismas.

4. Las infracciones relativas a los deberes de los usuarios recogidos en el artículo anterior no podrán dar lugar nunca a la expulsión de la red asistencial de utilización pública, sino tan sólo, en su caso, a cambios de programa asistencial o de tratamiento, salvo la negativa a recibir la atención sanitaria correspondiente.

5. El ingreso de un persona en un centro o servicio de carácter residencial o su inclusión en tratamiento ambulatorio, vendrá precedido de la aceptación del correspondiente contrato terapéutico, en el que se reflejen con claridad los derechos y obligaciones a observar en el

mismo. La aceptación deberá realizarse por escrito vinculando al paciente hasta la finalización o baja del tratamiento.

CAPÍTULO III

Del sistema de asistencia al drogodependiente

Artículo 20. *Características generales.*

1. El Sistema de Asistencia al Drogodependiente se configura como una red de atención pública diversificada, que integra de forma coordinada centros y servicios generales y específicos, complementados con recursos privados debidamente acreditados.

2. El Gobierno regional establecerá reglamentariamente los requisitos y procedimientos para la acreditación y funcionamiento de los centros y servicios de atención al drogodependiente. Los centros y servicios de atención al drogodependiente tienen el carácter de sociosanitarios con el alcance determinado en el artículo 4.2.l).

3. Los centros y servicios sociosanitarios de atención a drogodependientes se sujetarán, en todo caso, a las medidas de inspección, control e información estadística, sociosanitaria y de cualquier otro tipo que establezca la legislación vigente.

Artículo 21. *Niveles asistenciales.*

1. El Sistema de Asistencia al Drogodependiente se estructura en dos niveles de intervención:

a) Un primer nivel a cargo, fundamentalmente, de los centros, dispositivos y programas de atención básica cuyas funciones esenciales son la información, orientación, diagnóstico, detección precoz, reducción del daño y otras análogas.

b) Un segundo nivel, configurado por unidades específicas.

2. Serán determinados y desarrollados reglamentariamente:

a) Las funciones básicas de cada nivel.
b) Los centros, servicios, dispositivos y recursos que los integran.
c) El circuito terapéutico.
d) La jerarquización de los recursos.
e) Las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes.
f) La inclusión de niveles complementarios de intervención.

3. La Agencia Antidroga establecerá los mecanismos de coordinación y líneas de actuación de los centros, servicios, dispositivos y recursos de la red pública, garantizando una actuación integral en el territorio.

CAPÍTULO IV

Integración del drogodependiente

Artículo 22. *De los criterios generales.*

1. La cobertura de las situaciones de necesidad social y el desarrollo de acciones dirigidas a la integración social de las personas drogodependientes corresponde, mediante la adecuada coordinación, a los Organismos competentes en materia de drogodependencias y de servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

2. La integración social del drogodependiente forma parte, como un elemento más, de un plan global que comprende no sólo aspectos biológicos, psicológicos y sociales del fenómeno de las drogodependencias, sino también la intervención sobre el individuo, su entorno y la comunidad.

La citada integración debe aceptarse como un proceso flexible, en el que caben objetivos mínimos, intermedios y definitivos, por lo que deberá promover y afianzar actitudes y hábitos de autonomía personal, autoestima y asunción de responsabilidades.

3. La igualdad en el acceso a los recursos, actividades y prestaciones del sistema, abarca a las personas drogodependientes como a cualquier ciudadano, con sus derechos y obligaciones, insertándolas en el conjunto de las acciones normalizadas de todos los servicios públicos.

4. Los poderes públicos potenciarán aquellas actuaciones encaminadas a favorecer la integración social del drogodependiente, mediante la utilización conjunta y coordinada de los diferentes programas de la red de servicios sociosanitarios y de servicios sociales.

5. La Administración Autonómica desarrollará programas orientados a la promoción del movimiento asociativo y a la integración social y familiar, y se fomentará el voluntariado u otras formas de apoyo y ayuda al drogodependiente que actúen coordinadamente con la red de servicios sociosanitarios.

6. Las Administraciones Públicas evaluarán los recursos destinados a la integración y procurarán su adecuación a las necesidades reales de la población drogodependiente.

Artículo 23. *De la integración social.*

1. La integración social de las personas drogodependientes se realizará mediante una intervención individual y comunitaria, persiguiendo como fin último la integración y normalización del individuo en la sociedad, apoyándose en sus recursos personales y sociales.

2. La Administración Autonómica desarrollará programas destinados a facilitar al drogodependiente la adquisición y el desarrollo de las estrategias y los recursos personales y sociales que sean necesarios para su integración.

3. En el ámbito familiar, se fomentarán estrategias dirigidas específicamente al apoyo y asistencia del entorno familiar del drogodependiente.

4. En el ámbito laboral, se potenciarán aquellas actuaciones que incidan sobre el acceso al mismo de las personas drogodependientes, y en especial a través de acciones como planes de empleo, desarrollo de los aspectos personales para la ocupación, información profesional y técnicas de búsqueda activa del empleo. Asimismo, se establecerán planes de formación que capaciten a los drogodependientes y les permitan una más factible incorporación laboral.

5. En el ámbito de la juventud, se impulsarán intervenciones que fomenten la formación de grupos que, además de cumplir una importante función de prevención, se conviertan en instrumentos de integración de la juventud marginada en nuestra sociedad. A estos efectos, se aprovecharán especialmente los correspondientes programas generales educativos de capacitación profesional, los de empleo, los de vivienda y los de la red de servicios sociosanitarios.

6. Se fomentará la realización de actuaciones y programas educativos dirigidos principalmente a la adquisición de habilidades intelectuales, utilización de las capacidades básicas del aprendizaje y la nivelación cultural.

7. Los poderes públicos velarán y propiciarán la colaboración y la coordinación de las instituciones públicas y de iniciativa social privada, ya que para la consecución del objetivo de integrar en la sociedad al drogodependiente, es imprescindible la participación de dichas instituciones, grupos y asociaciones.

8. Con el fin de favorecer la efectiva integración social de las personas drogodependientes, los poderes públicos fomentarán los necesarios cambios en la percepción social del fenómeno de las drogodependencias que posibiliten la aceptación de las peculiaridades de las personas drogodependientes y de los servicios que necesitan.

CAPÍTULO V

De los centros de asistencia e integración en el ámbito de las drogodependencias

Artículo 24. *Definición de centros de asistencia e integración a los drogodependientes.*

Los centros de asistencia e integración a los drogodependientes serán aquellos tanto públicos como privados, que realicen actuaciones específicas sobre la condición de

drogodependiente y con el objetivo último de proporcionar un programa terapéutico dirigido a eliminar su adicción, normalizar su conducta y conseguir su integración social.

Artículo 25. *De otros centros y servicios.*

Se incluyen en el ámbito de esta Ley los centros o servicios de carácter público o privado que actúan específicamente en la asistencia o integración social de los drogodependientes, y en especial los de las organizaciones no gubernamentales que actúan en el sector de las drogodependencias.

Artículo 26. *De los requisitos mínimos de los centros de asistencia e integración de los drogodependientes.*

1. Los centros de asistencia e integración de drogodependientes, tanto públicos como privados, deberán cumplir los siguientes requisitos mínimos:

a) Contar con el personal suficiente con la titulación y con las instalaciones y equipamientos, condiciones de capacidad e infraestructuras que reglamentariamente se determinen.
b) El régimen de funcionamiento interno y procedimientos de actuación de estos centros serán regulados en el desarrollo reglamentario de la presente Ley.

2. La Comunidad de Madrid establecerá reglamentariamente las normas que deberán cumplir para poder ser acreditados y concertados por la propia Administración.
3. El comienzo de la actividad de los centros y servicios de atención a los drogodependientes deberá ser comunicado a la Comunidad de Madrid en el plazo de 30 días hábiles.

TÍTULO III

Del control de la oferta

CAPÍTULO I

De las limitaciones a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco

Artículo 27. *De las limitaciones a la publicidad.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en las normas reguladoras de la publicidad y de garantías de los derechos de los menores, la publicidad, tanto directa como indirecta, de bebidas alcohólicas y tabaco observará, en todo caso, las siguientes limitaciones:

a) Queda prohibida cualquier campaña, sea como actividad publicitaria o no publicitaria dirigida a menores de dieciocho años que induzca directa o indirectamente al consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.
b) En ningún caso podrán utilizarse voces o imágenes de menores de dieciocho años, para ser utilizados como soportes publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco.
c) No deberá asociarse el consumo de alcohol y tabaco a una mejora del rendimiento físico o psíquico, a la conducción de vehículos o al manejo de armas, ni dar la impresión de que dicho consumo contribuye al éxito social o sexual, ni sugerir que tienen propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante, o que constituyen un medio para resolver conflictos. Tampoco podrá asociarse este consumo a prácticas educativas, sanitarias o deportivas.
d) No deberá estimular el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas y de tabaco u ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad, ni subrayar como cualidad positiva de las bebidas su alto contenido alcohólico.
e) Se limitará la emisión en programas televisivos o en otros medios de comunicación, de cualquier imagen o contenido denigrante de la persona, con cualquier aspecto físico o

psíquico, que fomente o pueda fomentar cambios en la conducta moral de los menores, que les pueda influir en sus hábitos, y predisponerles a cualquier trastorno adictivo.

2. No se permitirá la publicidad de tabaco y de bebidas alcohólicas en los medios de comunicación, en los programas, páginas o secciones dirigidos preferentemente o exclusivamente a menores de dieciocho años.

Esta prohibición alcanza a las publicaciones editadas o divulgadas en la Comunidad de Madrid, y a los operadores de radio, televisión, Internet u otras redes informáticas a los que se extiende la competencia de la Comunidad de Madrid.

3. La Administración Autonómica promoverá la formalización de acuerdos de autocontrol y autolimitación de la publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco con empresas fabricantes y distribuidoras de dichos productos, así como con anunciantes, agencias y medios de publicidad a fin de restringir, para todo lo que la presente Ley no reglamente, la actividad publicitaria de las sustancias referidas.

Artículo 28. *De las prohibiciones.*

1. Se prohíbe expresamente la publicidad, directa o indirecta, de bebidas alcohólicas y tabaco:

a) En los centros y dependencias de la Administración Autonómica.

b) En los centros oficiales no dependientes de la Comunidad Autónoma pero situados en su territorio.

c) En los centros destinados a menores de dieciocho años.

d) En los centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.

e) En los centros docentes, tanto públicos como privados, tanto los dedicados a enseñanzas no regladas como a cualquier otro tipo de enseñanza.

f) En los establecimientos o recintos de actividades recreativas y espectáculos, cuando estén destinados mayoritariamente a público menor de dieciocho años.

g) En los medios de transporte público, tanto en el exterior como en el interior, así como los locales o estancias destinados para la espera de estos transportes públicos.

h) En todos los lugares donde esté prohibida su venta, suministro y consumo. Esta prohibición no afecta a la publicidad exterior de bebidas que obtienen su graduación mediante fermentación de la uva, manzana o cereales y cuya graduación no supere los veinte grados centesimales.

i) Otros centros y lugares que sean determinados reglamentariamente.

2. Las prohibiciones contenidas en este Capítulo se extienden a todo tipo de publicidad, directa o indirecta, incluyendo la publicidad de objetos o productos que, por su denominación, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa, pueda suponer una publicidad encubierta de bebidas alcohólicas o tabaco.

Artículo 29. *Promoción.*

1. Las actividades de promoción de bebidas alcohólicas y tabaco en ferias, certámenes, exposiciones, muestras y actividades similares, serán realizadas en espacios físicos diferenciados cuando tengan lugar dentro de otras manifestaciones públicas. En estas actividades no estará permitido el acceso a menores de dieciocho años no acompañados de personas mayores de edad, así como el ofrecimiento o la degustación gratuita a menores de dieciocho años.

2. Estará prohibida la promoción de bebidas alcohólicas y tabaco mediante la distribución de información por buzones, correo, teléfono o correo electrónico en el ámbito de la Comunidad Autónoma, salvo que éste vaya dirigido nominalmente a mayores de dieciocho años.

3. No podrán patrocinar ni financiar actividades deportivas o culturales aquellas personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación, promoción o distribución de bebidas alcohólicas o tabaco, si ello lleva aparejada la publicidad de dicho patrocinio o la difusión de marcas, símbolos, imágenes o sonidos relacionados con las bebidas alcohólicas o el tabaco, y dichas actividades deportivas o culturales estén dirigidas fundamentalmente a menores de edad.

4. En las visitas a los centros de producción, elaboración y distribución de bebidas alcohólicas y tabaco, no podrá ofrecerse ni hacer probar los productos a los menores de edad.

CAPÍTULO II

De las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 30. *Prohibiciones.*

1. No se permitirá en el territorio de la Comunidad de Madrid la venta, despacho y suministro, gratuitos o no, por cualquier medio, de cualquier tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años.

2. En todos los establecimientos públicos en que se venda o facilite de cualquier manera o forma bebidas alcohólicas, se informará de que la Ley prohíbe su adquisición y consumo por los menores de dieciocho años, así como la venta, suministro o dispensación a los mismos. Esa información se realizará mediante anuncios o carteles de carácter permanente, fijados en forma visible en el mismo punto de expedición.

3. No se permitirá la venta ni el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública, salvo terrazas, veladores, o en días de feria o fiestas patronales o similares regulados por la correspondiente ordenanza municipal.

Las Entidades Locales, a través de las correspondientes ordenanzas municipales, podrán declarar determinadas zonas como de acción prioritaria a los efectos de garantizar el cumplimiento de la prohibición de consumo de bebidas alcohólicas en determinados espacios públicos, fomentando, al mismo tiempo, espacios de convivencia y actividades alternativas, contando para el establecimiento de estas limitaciones con los diferentes colectivos afectados.

4. No se permitirá la venta, suministro o distribución minorista de bebidas alcohólicas realizada a través de establecimientos de cualquier clase en los que no esté autorizado el consumo, la de carácter ambulante y la efectuada a distancia, cuando tengan lugar durante el horario nocturno que se determine por cada Corporación Local, con excepción de los establecimientos definidos en el artículo 30 de la Ley 16/1999, de 29 de abril, de Comercio Interior de la Comunidad de Madrid. En defecto de normativa local, se entenderá por horario nocturno el comprendido entre las veintidós y las ocho horas del día siguiente.

La excepción prevista en el párrafo anterior relativa al artículo 30 de la Ley 16/1999, de 29 de abril, podrá no ser de aplicación en las zonas que cada Ayuntamiento determine dentro de su término municipal, previo informe favorable de la Consejería competente en materia de comercio.

5. Queda expresamente prohibida la venta, suministro y consumo de bebidas alcohólicas en los centros que a continuación se mencionan, salvo que se lleve a cabo en los espacios habilitados al efecto:

a) En los centros y dependencias de la Administración de la Comunidad de Madrid.
b) En los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.
c) En los centros de enseñanza universitaria.
d) En los centros de trabajo.

6. En ningún caso se permitirá la venta, suministro y consumo de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

a) En los locales de trabajo de las empresas de transporte público.
b) En los centros educativos de enseñanza primaria, secundaria y especial, así como de enseñanza deportiva.

7. Queda prohibido el suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas automáticas en instalaciones abiertas al público.

8. En todos los establecimientos comerciales se adoptarán medidas especiales de control para evitar la venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años y, en particular, la contenida en el siguiente párrafo, responsabilizándose de dicha venta de bebidas alcohólicas a menores al titular del establecimiento.

Deberán exhibirse, en aquellos lugares donde su visualización sea más eficaz, carteles anunciadores de la prohibición de venta, suministro o dispensación a menores de dieciocho años.

9. **(Suprimido)**

10. **(Suprimido)**

11. **(Suprimido)**

12. En los establecimientos autorizados para el consumo de bebidas alcohólicas no se permitirá ni la distribución, ni la venta, ni el suministro de las mismas en el exterior del establecimiento, ni para su consumo fuera del mismo, sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 3 de este artículo.

Artículo 31. *Acceso de menores a locales.*

1. Salvo lo establecido en el siguiente párrafo o salvo que se cumplan los supuestos de excepción a que hace referencia la Ley de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, queda prohibida la entrada de los menores de dieciocho años en bares especiales, así como en salas de fiestas, de baile, discotecas y establecimientos similares en los que se venda o facilite el consumo de bebidas alcohólicas.

2. Excepcionalmente, estos locales podrán disponer de sesiones especiales para mayores de catorce años, con horarios y señalización diferenciada, sin que puedan tener continuidad ininterrumpida con aquellas sesiones en las que se produzca la venta de bebidas alcohólicas, retirándose de los locales, durante estas sesiones especiales, la exhibición y publicidad de este tipo de bebidas..

CAPÍTULO III

De las limitaciones a la venta y consumo de tabaco

Artículo 32. *Limitaciones a la venta.*

1. Se prohíbe la venta y el suministro de tabaco, así como productos destinados a ser fumados, inhalados, chupados o masticados constituidos total o parcialmente por tabaco, ni tampoco los productos que lo imiten o que induzcan al hábito de fumar y sean nocivos para la salud, a los menores de dieciocho años en el territorio de la Comunidad Autónoma. Dicha prohibición debe advertirse, en forma y lugar perfectamente visible, en los establecimientos donde se expidan productos de tabaco.

2. La venta y suministro de tabaco a través de máquinas automáticas sólo podrá realizarse en establecimientos cerrados, haciéndose constar en su superficie frontal la prohibición que tienen los menores de dieciocho años de adquirir tabaco, y a la vista de una persona encargada de que se cumpla la citada prohibición.

3. Se prohíbe la venta y el suministro de tabaco en:

a) Los centros y dependencias de la Administración de la Comunidad Autónoma, salvo en los lugares habilitados al efecto.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.

c) Los centros educativos de enseñanza infantil, primaria, secundaria y especial.

d) Los centros destinados a la enseñanza deportiva.

e) Las instalaciones deportivas, salvo en los lugares habilitados al efecto.

f) Los centros de asistencia a menores.

g) Todos aquellos lugares destinados a un público preferentemente menor de dieciocho años.

Artículo 33. *Limitaciones al consumo.*

1. No se permitirá el consumo de tabaco en los siguientes lugares:

a) Los medios de transporte colectivo, tanto urbanos como interurbanos. Dicha prohibición también se aplica a funiculares y teleféricos.

b) Los vehículos de transporte escolar, en todos los vehículos destinados al transporte de menores de edad y en los vehículos destinados al transporte sanitario.

c) Los centros sanitarios y sus dependencias.
d) Los centros educativos de enseñanza infantil, primaria, secundaria y especial.
e) Los recintos deportivos cerrados.
f) Las salas de teatro, cines y auditorios.
g) Los estudios de radio y televisión destinados al público.
h) Las oficinas de la Administración Pública destinadas a la atención directa al público.
i) Los establecimientos comerciales.
j) Los museos y las salas de lectura, de exposiciones y de conferencias.
k) Ascensores y elevadores.
l) Las áreas laborales donde trabajen mujeres embarazadas.
m) Los lugares de trabajo donde haya un riesgo para la salud del trabajador por razón de combinarse la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por un contaminante industrial.
n) Las salas de espera de uso general y público.
ñ) Los espacios cerrados de uso general y público de las estaciones de autocar, de metro y de ferrocarril y de los aeropuertos.
o) La zona de playa de las piscinas y de los parques acuáticos, de conformidad con la normativa vigente.
p) Los balnearios.
q) En los locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto los destinados principalmente al consumo de los mismos, manteniéndose la prohibición de fumar a los manipuladores de alimentos.
r) En las zonas reservadas a los no fumadores en los restaurantes y demás lugares destinados principalmente al consumo de alimentos, que estarán señalizados adecuadamente.
s) Los lugares similares a los mencionados que se determinen reglamentariamente.

2. Los responsables de los centros enumerados en los párrafos c), e), f), h), i), ñ), o) y p), podrán habilitar espacios destinados a fumadores.
3. Debe solicitarse a los comités de seguridad e higiene en el trabajo y a los comités de empresa y representantes sindicales, de conformidad con las funciones que la legislación vigente les asigne, su colaboración en la vigilancia del cumplimiento de la normativa establecida en la presente Ley.
4. En todo caso, los titulares de los locales, centros y establecimientos, así como los órganos competentes en los casos de los centros o dependencias de las Administraciones Públicas, mencionados en el apartado 1 de este artículo, serán responsables del estricto cumplimiento de estas normas. Asimismo, estarán obligados a señalizar las limitaciones y prohibiciones y deberán contar con las hojas de reclamación a disposición de los usuarios, y de cuya existencia habrán de ser informados dichos usuarios.
5. En cualquier caso todos los lugares enumerados en este artículo tendrán la conveniente señalización con la prohibición expresa de fumar o, en su caso, convenientemente señalizadas, las salas o lugares destinados a fumadores y que en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en el caso de los centros docentes para menores de dieciocho años, y usuarios de los diferentes servicios o visitantes, en el caso de los centros sanitarios.

Artículo 34. *Derecho preferente.*

1. En caso de conflicto, prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir tabaco en todos aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse el derecho a la salud de los primeros.
2. Los poderes públicos promoverán medidas tendentes a evitar el consumo de tabaco en presencia de menores.

CAPÍTULO IV

Estupefacientes y psicotropos

Artículo 35. *Información.*

La Consejería de Sanidad elaborará y proporcionará información a los profesionales y usuarios de los servicios sanitarios sobre la utilización en la Comunidad de Madrid de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y demás fármacos psicoactivos y medicamentos capaces de producir dependencia.

Artículo 36. *Control de la prescripción y dispensación.*

1. La Consejería de Sanidad prestará especial interés en el control de la producción, prescripción y dispensación de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, dentro del marco legislativo vigente.
2. La prescripción de fármacos estupefacientes y psicotropos se realizará por los facultativos, bajo el control e inspección de las autoridades sanitarias.

CAPÍTULO V

Otras medidas

Artículo 37. *Inhalables y colas.*

1. Se prohíbe la venta a menores de edad de colas y otras sustancias o productos químicos industriales inhalables de venta autorizada que puedan producir efectos nocivos para la salud y que puedan generar dependencia o produzcan efectos euforizantes, depresivos, alucinatorios u otros a los que se hace referencia en el artículo 4.1 de la presente Ley.
2. El Gobierno Regional determinará reglamentariamente la relación de productos a que se refiere el apartado anterior.

Artículo 38. *Sustancias de abuso en el deporte.*

1. Se prohíbe la prescripción y dispensación de fármacos, para la práctica deportiva, cuando su uso no estuviera justificado por necesidades terapéuticas objetivas.
2. El Gobierno Regional adoptará las medidas apropiadas, en el marco de sus competencias, para eliminar el uso de aquellas sustancias prohibidas por los Organismos deportivos nacionales e internacionales y en especial de aquellas que presentan propiedades anabolizantes de naturaleza hormonal.

Artículo 39. *Juego patológico.*

1. El juego patológico, como trastorno adictivo, merecerá especial interés por parte de los sistemas educativo, sanitario y social, fomentándose la información a todos los colectivos sociales sobre su potencialidad adictiva.
2. Los poderes públicos promoverán medidas dirigidas a eliminar las conductas ludópatas y sus consecuencias en los ámbitos sanitario, familiar, económico y social.

Artículo 40. *Otros trastornos adictivos.*

La Administración competente promoverá las actuaciones necesarias para el estudio, análisis, investigación e impulso de programas de prevención, asistencia e integración social referidos a otras adicciones comportamentales que puedan generar una dependencia similar a las de las sustancias químicas, y las mismas repercusiones en el entorno familiar, social y económico.

TÍTULO IV

De la organización y competencias de las Administraciones Públicas

Artículo 41. *De la Comunidad Autónoma.*

1. Corresponde a la Comunidad de Madrid en el marco de las atribuciones recogidas en su Estatuto de Autonomía el ejercicio de las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

2. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento jurídico vigente le atribuye y en el marco de las mismas, corresponde al Gobierno de la Comunidad de Madrid:

a) El establecimiento de la política en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos para la Comunidad de Madrid.

b) La aprobación de las estructuras administrativas en materia de drogodependencias, así como su organización y régimen de funcionamiento.

c) La aprobación de la normativa de funcionamiento y de acreditación de centros y servicios sociosanitarios y de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

d) La aprobación, modificación y revisión de las tarifas para la prestación y concertación de servicios que puedan establecerse con instituciones públicas y privadas, en los términos que reglamentariamente se establezca.

e) La inspección de los establecimientos donde se vendan bebidas alcohólicas y tabaco y de los demás lugares donde esta Ley limita su publicidad y promoción y prohíbe su suministro y consumo. Todo ello sin perjuicio de las competencias atribuidas a los Ayuntamientos respecto a los establecimientos minoristas.

f) El ejercicio de la potestad sancionadora a través de las Consejerías competentes por razón de la materia, en los términos previstos en esta Ley.

g) La adopción, en colaboración con otras Administraciones Públicas, de todas aquellas medidas que fueran precisas para asegurar el cumplimiento de lo establecido en esta Ley.

Artículo 42. *De la Consejería de Sanidad.*

Además de aquellas otras competencias que le vienen atribuidas, le corresponde a la Consejería de Sanidad:

1. El control de los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias, sociosanitarias y sociales relacionados con la prevención, asistencia e integración social de las personas drogodependientes.

2. La propuesta de la estructura orgánica del Organismo autónomo competente en materia de drogodependencias.

3. La cooperación o colaboración general con las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones de las actuaciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

4. La gestión de los recursos públicos propios en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

5. Las competencias señaladas en los puntos precedentes podrán delegarse en órganos inferiores de la Consejería de Sanidad con el alcance que reglamentariamente se determine.

Artículo 43. *Del Observatorio Regional sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.*

(Derogado)

Artículo 44. *Del Organismo autónomo competente sobre las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.*

El Organismo competente en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad de Madrid será la Agencia Antidroga, a la que corresponde de acuerdo con la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid la ejecución de la política en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, y cuya creación y competencias

se encuentran reguladas en la Ley 11/1996, de 19 de diciembre. Este Organismo establecerá los mecanismos de colaboración y cooperación necesarios con otros órganos de la Consejería de Sanidad, del Gobierno de Madrid y de otras Administraciones para la consecución de los objetivos enunciados en esta Ley.

Artículo 45. *De las Corporaciones Locales.*

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye y en el marco de las mismas, corresponde a los Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid, en su ámbito territorial:

a) La determinación de los criterios que regulen la localización, distancia y requisitos que deberán reunir los establecimientos donde se suministre, venda, dispense o consuman bebidas alcohólicas y tabaco, así como la vigilancia y control de los mismos.
b) El otorgamiento de la licencia de apertura y, en su caso, de funcionamiento, a los establecimientos mencionados en el apartado anterior.
c) Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que establece el Título III de la presente Ley, especialmente en las dependencias municipales.
d) Adoptar las medidas cautelares dirigidas a asegurar el cumplimiento de lo establecido en esta Ley.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a) La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos por el Organismo regional competente en materia de drogodependencias, y lo regulado en la presente Ley.
b) La ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.
c) El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones sin ánimo de lucro que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan Municipal sobre Drogodependencias.

Artículo 46. *De las instituciones públicas y privadas.*

Los poderes públicos promoverán acciones de apoyo a las instituciones públicas y privadas que actúen en el ámbito de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, para la consecución de los objetivos establecidos en la materia, promoviéndose la participación social y el apoyo al voluntariado.

TÍTULO V

De la financiación

Artículo 47. *Compromisos presupuestarios.*

1. Los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid y del Organismo competente en el ámbito de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, así como los de las distintas Administraciones Locales, habrán de contemplar, para cada ejercicio económico, las dotaciones presupuestarias que, con arreglo a las disponibilidades económicas de cada ejercicio, se destinen a ejecutar las actividades reguladas en esta Ley y que sean de su competencia.
2. Los ingresos que se produzcan por la imposición de sanciones tipificadas en esta Ley generarán un crédito por la misma cuantía en la dotación presupuestaria prevista en el apartado 1 de este artículo, destinados a la prevención, asistencia e integración de los drogodependientes, a aquellos programas de salud pública relacionados con el colectivo de pacientes drogodependientes, y a las demás actividades reguladas en la presente Ley.

Artículo 48. *De las Corporaciones Locales.*

1. Los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes que deseen obtener financiación de los presupuestos de la Comunidad Autónoma para el desarrollo de las actuaciones de su competencia que establece esta Ley estarán obligados a disponer de un Plan Municipal o Local sobre Drogodependencias, convenientemente aprobado, y a consignar en sus respectivos presupuestos, de forma claramente diferenciada, los créditos específicos destinados a esta finalidad.

2. La financiación que la Comunidad de Madrid destine a las Corporaciones Locales estará en función del programa y objetivos que hayan presentado previamente a la Consejería de Sanidad, del grado de ejecución del presupuesto anterior y, en todo caso, el criterio preferente de financiación de actuaciones será proporcional al esfuerzo presupuestario hacia dichos programas y objetivos por parte de la corporación local.

3. La Comunidad Autónoma podrá establecer con las Mancomunidades y los Ayuntamientos convenios de colaboración que regulen la financiación y características que deban reunir los Planes Municipales o Locales sobre Drogodependencias.

Artículo 49. *De las Entidades sin ánimo de lucro y Organismos públicos.*

Las Entidades sin ánimo de lucro y otros Organismos públicos que actúan en el campo de las drogodependencias y otros trastornos adictivos podrán financiar sus actividades y programas por medio de subvenciones y/o convenios con la Administración competente, siempre que cumplan los requisitos exigidos por la normativa vigente y se adecuen a los objetivos y estrategias que determine el Gobierno de la Comunidad de Madrid en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

TÍTULO VI

Del régimen de infracciones y sanciones

CAPÍTULO I

De la inspección y medidas cautelares

Artículo 50. *Inspección.*

1. Corresponde a las Consejerías competentes por razón de la materia y, en su caso, a las Corporaciones Locales, la realización de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley, en sus respectivos ámbitos competenciales de actuación.

2. El personal que desarrolle las funciones de inspección, cuando ejerza tales funciones y acreditando su identidad, tendrá el carácter de Autoridad, y podrá:

a) Entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta Ley, sin perjuicio de la necesidad de aportar la correspondiente autorización judicial en los casos en que la Ley lo exija.

b) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de las normas que se dicten para su desarrollo.

c) Realizar cuantas actuaciones sean precisas en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen.

Todo ello sin perjuicio de las garantías establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

3. Para el desarrollo de la función inspectora las Consejerías competentes por razón de la materia, contarán con el apoyo de los servicios de inspección adscritos a otros Organismos de la Comunidad de Madrid y con la colaboración de otras Administraciones Públicas con facultades inspectoras, singularmente con las Corporaciones Locales en lo relativo a la prohibición de venta y consumo de alcohol en la vía pública.

4. Los titulares de los centros o servicios estarán obligados a facilitar a la inspección el acceso a las instalaciones y el examen de los documentos, libros y datos estadísticos que sean preceptivos, así como a suministrar toda la información necesaria para evaluar el cumplimiento de lo previsto en esta Ley.

5. El resultado de las inspecciones practicadas en las que se constate algún incumplimiento según lo dispuesto en el artículo 30.3 deberá consignarse en un acta, de la que se entregará copia al presunto responsable. En estas actas deberá constar, en todo caso:

a) La identificación del presunto responsable.

b) La dirección del lugar de realización de la actividad inspectora.

c) Fecha y hora de la inspección.

d) Identificación del profesional inspector.

e) Una descripción del incumplimiento observado, su calificación y la sanción que pudiera corresponder.

f) Identidad del Órgano Instructor, del Órgano competente para imponer la sanción y norma que atribuye la competencia.

g) Firma del presunto responsable. La firma no implica la conformidad con los hechos reflejados en el acta de inspección, únicamente acredita su recepción. En el supuesto que aquel se negara a firmar el acta, se hará constar expresamente esta circunstancia.

h) Indicación de que dicha acta inicia el procedimiento sancionador y que dispone de un plazo de diez días hábiles para formular alegaciones y proponer las pruebas que estime convenientes, con indicación de los lugares, oficinas o dependencias donde pueda presentarlas.

Así como de que si el presunto infractor reconoce explícitamente su responsabilidad en el plazo expresado en el párrafo anterior, se resolverá sin más trámite, aplicándose una reducción del 40 por 100 del importe.

6. Las actas de inspección realizadas por el personal a que se refiere el presente artículo poseen presunción de veracidad de los datos y circunstancias en ellas consignadas, salvo prueba en contrario.

Artículo 51. *Medidas cautelares.*

En caso de sospecha razonable y fundada de riesgo inminente y grave para la salud pública o para los usuarios, por circunstancias sobrevenidas o de fuerza mayor, o por incumplimiento de la normativa vigente, la Consejería competente por razón de la materia podrá adoptar las medidas cautelares sobre los establecimientos o servicios que considere más adecuadas para evitar dichos riesgos.

Podrán adoptarse entre otras las siguientes medidas cautelares:

a) Exigencia de fianza o caución.

b) Suspensión temporal de la licencia de actividad.

c) Cierre temporal del local o instalación.

d) Incautación de los bienes directamente relacionados con los hechos que hayan dado lugar al procedimiento.

CAPÍTULO II

De las infracciones y sanciones

Artículo 52. *Del régimen sancionador.*

1. Constituyen infracciones administrativas a esta Ley las acciones y omisiones que se tipifican en los artículos siguientes.

2. La comisión de una infracción será objeto de la correspondiente sanción administrativa, previa instrucción del oportuno expediente sancionador, de conformidad con lo establecido en esta Ley y en el Reglamento para el ejercicio de la potestad sancionadora por la Administración de la Comunidad de Madrid, aprobado mediante Decreto 245/2000, de

16 de noviembre; sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir

3. En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito o falta tipificadas en el Código Penal, el órgano que estuviese conociendo el caso lo pondrá en conocimiento del órgano judicial competente, y se abstendrá de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme.

4. En ningún caso se podrá imponer 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 que concurran con la principal.

5. Las sanciones por infracción del artículo 30.3 de la presente Ley, referida al consumo de alcohol en la vía pública, consistirán:

a) Si la infracción hubiera sido cometida por un menor de dieciocho años, en multa de 500 euros.

En caso de que el menor hubiera sido sancionado, mediante resolución firme en la vía administrativa, por consumo de alcohol en la vía pública, en los seis meses anteriores a la fecha de comisión de la infracción, se elevará el importe de la multa en 500 euros por cada una de las reincidencias.

b) En el caso del infractor mayor de edad, la sanción aplicable será el doble de la prevista en el cuadro general de sanciones, establecido en el artículo 59.1 de la presente Ley.

En caso de que hubiera sido sancionado, mediante resolución firme en la vía administrativa, por consumo de alcohol en la vía pública, en los seis meses anteriores a la fecha de comisión de la infracción, se elevará el importe de la multa en 500 euros por cada una de las reincidencias.

Las Corporaciones Locales serán competentes para llevar a cabo el procedimiento sancionador de estas infracciones.

Artículo 53. *Personas responsables.*

1. Serán responsables de la infracción como autores de la misma las personas físicas o jurídicas, usuarios, titulares o gestores de entidades, centros o servicios, que realicen las acciones u omisiones tipificadas como infracción en esta Ley.

2. Responderán también del pago de la sanción las siguientes personas:

a) Los propietarios del establecimiento, sean personas físicas o jurídicas, responderán solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por sus empleados o dependientes.

b) El anunciante, el empresario creador de la publicidad y el empresario difusor de la publicidad responderán solidariamente del pago de las sanciones derivadas de infracciones previstas en esta Ley en materia de publicidad.

c) Los padres o tutores responderán solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por personas menores de edad.

d) Los administradores de las personas jurídicas responderán subsidiariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por éstas.

Artículo 54. *Clasificación de las infracciones.*

Las infracciones se califican como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de importancia del perjuicio causado, relevancia o trascendencia social de los hechos, cuantía del eventual beneficio obtenido, el grado de intencionalidad o negligencia y, en su caso, la reincidencia.

Artículo 55. *Infracciones leves.*

Se consideran infracciones leves:

1. El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones establecidas en esta Ley y disposiciones que se dicten en su desarrollo en las que no proceda su calificación como faltas graves o muy graves.

2. El consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública.

3. Facilitar o de cualquier modo colaborar para que un menor pueda directa o indirectamente adquirir o apropiarse de bebidas alcohólicas, siempre que la conducta típica se realice al margen de una actividad comercial, empresarial o con carácter lucrativo.

4. El incumplimiento de lo establecido en los artículos 29 y 33 sobre condiciones de publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias químicas.

5. Las cometidas por simple negligencia, siempre que el resultado negativo producido no tuviere repercusiones que perjudiquen a personas o dificulten el funcionamiento del centro en el logro de sus objetivos.

6. Cualquier otra situación que tenga la calificación de infracción leve en la normativa específica aplicable.

Artículo 56. *Infracciones graves.*

Se consideran infracciones graves:

1. El incumplimiento de lo establecido en los artículos 27, 28, 30 (excepto los apartados 1 y 3, en lo referente al consumo en la vía pública), 31 y 32, sobre condiciones de publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias químicas.

2. El incumplimiento de lo establecido en los artículos 36, 37, 38, relativos a la venta de inhalables y colas, así como a la prescripción y dispensación de sustancias de abuso en el deporte y de sustancias estupefacientes y psicotropos.

3. Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves, o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.

4. Impedir o dificultar el ejercicio de los derechos recogidos en el artículo 17 de la presente Ley.

5. Aplicar las ayudas y subvenciones públicas a finalidades distintas de aquellas para las que hubieran sido otorgadas.

6. Cualquier otra actuación que tenga la calificación de falta grave en la normativa específica aplicable.

7. La reincidencia en las infracciones leves.

Existe reincidencia cuando el responsable de la infracción haya sido sancionado mediante resolución firme por la comisión de otra infracción leve en los seis meses anteriores.

Artículo 57. *Infracciones muy graves.*

Se consideran infracciones muy graves:

1. El incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 30, apartado 1.

2. El incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 26.

3. El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos formulados por las autoridades competentes.

4. La negativa a facilitar información o a prestar colaboración a los servicios de control e inspección y el falseamiento de la información suministrada.

5. La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades competentes.

6. Las que sean concurrentes con infracciones sanitarias graves o que hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.

7. Facilitar, o de cualquier modo colaborar, para que un menor pueda directa o indirectamente adquirir o apropiarse de bebidas alcohólicas, siempre que la conducta típica se realice bajo una actividad comercial, empresarial o con carácter lucrativo.

8. Cualquier otra actuación que tenga la calificación de infracción muy grave en la normativa especial aplicable al caso.

9. La reincidencia en infracciones graves y aquellas otras que por sus circunstancias concurrentes comporten un grave perjuicio para la salud de los usuarios.

Existe reincidencia cuando el responsable de la infracción haya sido sancionado mediante resolución firme por la comisión de otra infracción grave en el año anterior.

Artículo 58. *Prescripciones.*

1. Las infracciones y sanciones a las que se refiere la presente Ley prescribirán: Al año las correspondientes a las faltas leves, a los tres años las correspondientes a las faltas graves y a los cinco años las correspondientes a las faltas muy graves.

2. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse a partir del día en que se haya cometido la misma y se interrumpirá desde el momento en que el procedimiento se dirija contra el presunto infractor.

3. Asimismo, el plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción.

Artículo 59. *De la cuantía de las sanciones.*

1. Las infracciones de la presente Ley se sancionarán con multas cuyas cuantías se regirán de acuerdo a la siguiente graduación:

a) Infracciones leves, con multa desde 300 hasta 30.050 euros.
b) Infracciones graves, con multa desde 30.051 hasta 60.101 euros.
c) Infracciones muy graves, con multa desde 60.102 hasta 601.012 euros.

2. En las infracciones muy graves podrán acumularse como sanciones:

a) La prohibición de recibir financiación pública por un período entre uno y cinco años.
b) El cierre temporal total o parcial, del centro o servicio por un tiempo máximo de un año.
c) El cierre definitivo, total o parcial, del centro o servicio.

3. El órgano sancionador podrá acordar que las multas impuestas se hagan efectivas mediante la minoración de la financiación que pudiera otorgarse o se hubiese otorgado por la Consejería de Sanidad o cualquiera de sus Organismos, o que se suspenda la citada financiación.

Cuando se cometa una infracción por incumplimiento de los requisitos materiales exigidos a los Centros, que lleve aparejada la imposición de una multa, la resolución sancionadora podrá establecer que la sanción pecuniaria sea sustituida por la subsanación de las deficiencias materiales que dieron lugar a la infracción, cuando razones de interés social así lo aconsejen. La citada resolución fijará los plazos y las garantías que para el cumplimiento de esta obligación asisten al sancionado.

4. Para la graduación de la sanción, además de los criterios establecidos en el artículo 131.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, habrán de tenerse en consideración el grado de intencionalidad o negligencia, el volumen de negocio y los beneficios obtenidos, la gravedad de los perjuicios causados o la relevancia o trascendencia social.

Artículo 60. *De las medidas provisionales.*

1. El órgano competente para resolver los expedientes sancionadores podrá adoptar, durante su tramitación, las medidas provisionales que estime necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera adoptarse y, en todo caso, para asegurar el cumplimiento de la legalidad.

2. Podrán adoptarse entre otras las siguientes medidas provisionales:

a) Exigencia de fianza o caución.
b) Suspensión temporal de la licencia de actividad.
c) Cierre temporal del local o instalación.
d) Incautación de los bienes directamente relacionados con los hechos que hayan dado lugar al procedimiento.

3. Previamente al acuerdo que establezca las medidas provisionales, se dará audiencia al interesado para que en el plazo máximo de diez días alegue lo que estime procedente.

4. No tendrá carácter de sanción la clausura o el cierre de centros, establecimientos o servicios que no cuenten con las autorizaciones administrativas preceptivas o la suspensión de las actividades en tanto no se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos.

Artículo 60 bis. *Procedimiento abreviado.*

1. Las actas de inspección previstas en el artículo 50.5, y notificadas en el acto al presunto responsable, constituyen el acto de iniciación del procedimiento sancionador abreviado, a todos los efectos.

2. Notificada la iniciación del procedimiento sancionador, el presunto responsable dispondrá de un plazo de diez días para formular alegaciones y proponer las pruebas que estime convenientes.

3. Si el presunto infractor reconoce explícitamente su responsabilidad en el plazo expresado en el párrafo anterior, se resolverá sin más trámite, aplicándose una reducción del 40 por 100 del importe, sin perjuicio que el interesado pueda interponer los recursos procedentes.

4. Concluida la instrucción del procedimiento, el órgano instructor, sin ningún otro trámite, elevará el expediente al órgano competente, para que dicte la resolución que proceda.

Artículo 61. *Competencias.*

1. En el ámbito de aplicación de la Ley 17/1997, de 4 de julio, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, serán competentes para incoar, instruir y resolver los expedientes sancionadores los órganos previstos en dicha Ley.

2. En los demás supuestos, la competencia para la incoación, instrucción y resolución de los expedientes sancionadores se ajustará a las siguientes reglas:

a) En lo relativo a la infracción de las prohibiciones y limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas serán competentes los órganos previstos en la Ley 16/1999, de 29 de abril, de Comercio Interior de la Comunidad de Madrid. No obstante, la incoación, instrucción y resolución de los expedientes sancionadores por incumplimiento de lo dispuesto en el apartado 11 del artículo 30 en relación con la obtención de licencia específica corresponderá a las Corporaciones Locales competentes para su concesión.

b) Los órganos de la Consejería de Sanidad previstos en el artículo 146 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, serán los competentes en los demás supuestos.

No obstante, la incoación, instrucción y resolución de los expedientes sancionadores por incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 30.3 corresponderá a las Corporaciones Locales competentes del lugar de la infracción.

Artículo 62. *Publicidad de las sanciones.*

Por razones de ejemplaridad, y siempre que concurra alguna circunstancia de riesgo para la salud o seguridad de los usuarios, reincidencia en infracciones de naturaleza análoga o acreditada intencionalidad en la infracción, el órgano competente para la resolución del procedimiento sancionador podrá acordar la publicidad de las sanciones impuestas, una vez hayan adquirido firmeza en vía administrativa, en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid», y a través de los medios de comunicación social que se consideren oportunos.

Disposición adicional primera. *Actualización de las sanciones.*

1. Se autoriza al Gobierno de la Comunidad de Madrid para que mediante Decreto proceda a actualizar y adecuar el catálogo de sanciones contemplado en la presente Ley.

2. La cuantía de las sanciones establecidas en la presente Ley podrá ser actualizada periódicamente por el Gobierno de la Comunidad de Madrid teniendo en cuenta las variaciones del Índice de Precios al Consumo.

Disposición adicional segunda. *Gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios en materia de drogodependencias.*

1. La gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos se orientará, a través de la Agencia Antidroga, hacia fórmulas de gestión directa, sin perjuicio del mantenimiento de los convenios y conciertos que se consideren convenientes para el cumplimiento de los fines perseguidos por la Ley.

2. La asunción de las funciones, que en el momento actual se llevan a cabo bajo fórmulas de gestión indirecta, se hará de forma progresiva, dando prioridad a aquellas funciones que se realizan en centros propios de la Comunidad de Madrid.

Disposición adicional tercera. *Garantía de las prestaciones.*

Con el fin de garantizar el adecuado cumplimiento de las prestaciones a que hace referencia el artículo 52.5, se realizarán los correspondientes acuerdos o convenios con las instituciones públicas o privadas, especialmente con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMAMEF) cuando se trate de menores.

Disposición adicional cuarta.

Las sanciones derivadas de la comisión de la infracción leve tipificada en el artículo 55.2 de esta ley serán compatibles con las que corresponda imponer por la permanencia en concurrencia con grupos numerosos de personas en la vía o espacios públicos y en horario nocturno, con el fin de consumir bebidas fuera de los espacios autorizados, cuando se produzcan molestias a los vecinos a consecuencia de la actuación colectiva. En el caso de que el comportamiento sea cometido por un menor de edad con catorce años cumplidos en el momento de la comisión del ilícito, será exigible la responsabilidad solidaria regulada en el artículo 53.2.c) por lo que se refiere al cumplimiento de la sanción de multa que pudiera recaer sobre el menor.

Disposición transitoria primera. *Período transitorio para cumplimiento de las medidas de control de la oferta.*

Se establece un período transitorio de tres meses, desde la entrada en vigor de esta Ley, para el cumplimiento de las medidas de control de la oferta, contenidas en el Título III en relación con la licencia especial y a las limitaciones y prohibiciones a la publicidad.

Disposición transitoria segunda. *Irretroactividad en la tramitación de los procedimientos de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.*

Las solicitudes de autorización de centros y servicios sociosanitarios presentadas con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley se tramitarán conforme a la normativa vigente en el momento en que se formalizó la petición, aun cuando no hubiese recaído resolución administrativa alguna sobre la misma.

Disposición transitoria tercera. *Régimen transitorio del procedimiento para autorización de centros y servicios sociosanitarios.*

(Suprimida)

Disposición derogatoria única. *Normas que se derogan.*

A la entrada en vigor de la presente Ley quedan derogadas expresamente las siguientes normas:

a) El artículo 11.e) de la Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales.

b) Los apartados d) y e) del artículo 31.1; apartado 10 del artículo 99, y el apartado 3.º del artículo 100 de la Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

c) El Capítulo III de la Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

d) El número 3 del artículo 39 de la Ley 17/1997, de 4 de julio, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas.

e) Cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.*

Se modifican los artículos 31, 37, 38 y 101 de la Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia de la Comunidad de Madrid, en los términos que se señalan a continuación:

Uno. Se añade un nuevo apartado 3 al artículo 31, con la siguiente redacción:

«3. La Administración de la Comunidad de Madrid velará, asimismo, por el cumplimiento de las prohibiciones y limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas y de tabaco, establecidas en la legislación autonómica sobre drogodependencias.»

Dos. El apartado b) del artículo 37.1 queda redactado como sigue:

«b) No se permitirá la utilización de menores para el anuncio de actividades prohibidas a los menores.»

Tres. El artículo 38 queda redactado como sigue:

«1. La publicidad de locales de juegos de suerte, envite o azar y servicios o espectáculos de carácter erótico o pornográfico, estará prohibida tanto en publicaciones infantiles y juveniles, como en medios audiovisuales, cine, televisión, radio y vídeo, en franjas horarias de especial protección para la infancia, cuando se distribuyan o se emitan, respectivamente, por la Comunidad de Madrid.

2. La Administración de la Comunidad de Madrid velará por el cumplimiento de las prohibiciones y limitaciones a la publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco, establecidas en la legislación autonómica sobre drogodependencias.»

Cuatro. El apartado c) del artículo 101 queda redactado como sigue:

«c) Infracciones muy graves: Multas desde 30.051 hasta 60.101 euros.»

Disposición final segunda. *Modificaciones de la Ley de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas.*

Se modifican los artículos 25, apartados 1 y 3; 38, 41 y 43 de la Ley 17/1997, de 4 de julio, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, en los términos que se señalan a continuación:

Uno. El apartado 1 del artículo 25 queda redactado como sigue:

«1. Queda prohibida la entrada y permanencia de menores de dieciséis años en bares especiales, así como en las salas de fiestas, de baile, discotecas y establecimientos similares con carácter general; y a los menores de dieciocho años, siempre que en ellas se venda o facilite el consumo de bebidas alcohólicas.»

Dos. El apartado 3 del artículo 25 queda redactado como sigue:

«3. A los menores de dieciocho años que accedan a los establecimientos, espectáculos y actividades regulados en esta Ley no se les podrá vender, servir, regalar, ni permitir el consumo de bebidas alcohólicas. Igualmente, queda prohibida la venta de tabaco a menores de dieciocho años.»

Tres. Se añade un nuevo apartado 18 del artículo 38 del siguiente tenor:

«18. La venta de tabaco a menores de dieciocho años.»

Cuatro. El apartado 1 del artículo 41 queda redactado como sigue:

«1. Las infracciones leves serán sancionadas con multa de hasta 3.005 euros.»

Cinco. El apartado a) del artículo 41.2 queda redactado como sigue:

«a) Multa comprendida entre 3.006 y 30.050 euros, salvo las infracciones tipificadas en los artículos 38.8 y 38.18, que serán sancionadas con una multa de hasta 60.101 euros.»

Seis. El apartado a) del artículo 41.3 queda redactado como sigue:

«a) Multa comprendida entre 30.051 y 300.506 euros, salvo la infracción tipificada en el artículo 37.10, que será sancionada con una multa de hasta 601.012 euros.»

Siete. El apartado 2 del artículo 43 queda redactado como sigue:

«2. La incoación, instrucción y resolución de los expedientes sancionadores por faltas graves corresponderá a los Ayuntamientos, en aquellos municipios de población superior a 20.000 habitantes, y a los órganos competentes de la Comunidad de Madrid en el resto de los municipios.

No obstante, corresponderá a la Administración de la Comunidad de Madrid en todo caso la incoación, instrucción y resolución de los expedientes sancionadores que se sustancien por la infracción grave tipificada en el artículo 38.8.»

Ocho. El apartado 5 del artículo 43 queda redactado como sigue:

«5. En la Administración de la Comunidad de Madrid, la competencia para resolver los expedientes sancionadores corresponderá al Director general competente por razón de la materia para las infracciones leves y graves y al Consejero competente por razón de la materia para las muy graves, excepto el cierre definitivo de locales, que será acordado por el Gobierno, a propuesta de dicho Consejero.»

Disposición final tercera. *Habilitación reglamentaria.*

Se autoriza al Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid para dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y aplicación de la presente Ley.

Disposición final cuarta. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid», debiendo publicarse en el «Boletín Oficial del Estado».

§ 45

Ley 12/2012, de 21 de junio, contra el Dopaje en el Deporte

Comunidad Autónoma del País Vasco
«BOPV» núm. 126, de 28 de junio de 2012
«BOE» núm. 160, de 5 de julio de 2012
Última modificación: 20 de mayo de 2025
Referencia: BOE-A-2012-9010

Se hace saber a todos los ciudadanos y ciudadanas de Euskadi que el Parlamento Vasco ha aprobado la Ley 12/2012, de 21 de junio, contra el Dopaje en el Deporte.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Comunidad Autónoma del País Vasco tiene, a tenor del artículo 10.36 del Estatuto de Autonomía, la competencia exclusiva en materia deportiva. Al amparo de dicha competencia, el Parlamento aprobó la Ley 5/1988, de 19 de febrero, de la Cultura Física y del Deporte, texto legal que no reguló el dopaje. El acelerado proceso de transformaciones que estaba experimentando el deporte condujo a la sustitución de la misma por la vigente Ley 14/1998, de 11 de junio, del Deporte del País Vasco, que sí regula el ámbito del dopaje.

Esta Ley 14/1998 destina completamente el capítulo V del título VII al dopaje. Además de dicho capítulo, a lo largo del resto del articulado se contienen diversas previsiones sobre tal problemática. Aunque dicha ley supuso un primer e importante paso para dotar al País Vasco de una regulación propia para combatir la lacra del dopaje, el tiempo transcurrido desde la aprobación ha puesto de manifiesto nuevas problemáticas e importantes transformaciones organizativas y normativas en el ámbito estatal e internacional.

Por un lado, los eventos deportivos, estructurados tradicionalmente en torno a las federaciones deportivas, se han mercantilizado notablemente y están siendo organizados por entidades, ajenas a la organización federativa, para quienes no estaba prevista la normativa reguladora de la lucha contra el dopaje.

Por otra parte, aunque las diferentes prácticas de dopaje han constituido siempre una vulneración de los principios fundamentales de la ética deportiva, en la actualidad el fenómeno del dopaje ya no es sólo un grave engaño deportivo; se ha convertido en un conjunto de prácticas peligrosas organizadas que pueden ser muy peligrosas para la salud pública, especialmente para la vida de los deportistas. El dopaje ha sobrepasado el marco exclusivo de la ética deportiva y de la salud individual de un deportista para convertirse en un auténtico problema de salud pública. El dopaje no es la expresión de prácticas aisladas e individuales de las y los deportistas sino que responde a tramas organizadas con fuertes intereses económicos.

El marco jurídico de la lucha contra el dopaje también ha experimentado profundas reformas. Un año después de la aprobación de la Ley 14/1998 se celebró en Lausana, Suiza, la Conferencia Mundial sobre el Dopaje en el Deporte, que puso de manifiesto la necesidad de profundizar en la colaboración entre poderes públicos y organizaciones

deportivas. Tal conferencia supuso un cambio de rumbo en la forma de abordar el problema del dopaje en el deporte, poniendo el acento en la necesidad de crear un organismo internacional independiente que estableciera normas comunes para combatir el dopaje y coordinara los esfuerzos de las organizaciones deportivas y de los poderes públicos. Ese mismo año se acordó constituir la Agencia Mundial Antidopaje, en cuya estructura y financiación participan de forma equitativa el Comité Olímpico Internacional y los gobiernos de un gran número de países, preocupados cada vez más por el auge del dopaje y su rápida expansión más allá del ámbito de la alta competición deportiva.

En 2003, la Agencia Mundial Antidopaje, fundación privada sometida al derecho suizo, elaboró el Código Mundial Antidopaje y los estándares internacionales que lo complementan. Tales textos constituyen un conjunto de reglas y directrices de obligado cumplimiento para el movimiento deportivo internacional y de necesaria referencia para las instituciones públicas implicadas en la lucha contra el dopaje. Estas iniciativas de la Agencia Mundial Antidopaje condujeron a la aprobación, por la UNESCO, en su sesión de 19 de octubre de 2005, de la Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte. Dicha convención, que ha sido ratificada por España y publicada en el «Boletín Oficial del Estado» el 16 de febrero de 2007, forma parte de nuestro ordenamiento interno, conforme a lo dispuesto en el artículo 96 de la Constitución. Tales textos exigen a los gobiernos la elaboración de normas que conduzcan a una armonización sobre aspectos clave para combatir el dopaje. Por ello, con la presente ley se trata, también, de armonizar la normativa vasca de lucha contra el dopaje con los principios que aquel código proclama y de alcanzar mayor eficacia a la hora de combatir el dopaje en el deporte. Otra etapa de este proceso de profundos cambios ha venido protagonizada por la aprobación, por el Parlamento español, de la Ley Orgánica 7/2006, de 21 de noviembre, de protección de la salud y de lucha contra el dopaje en el deporte. Parte de sus preceptos tienen naturaleza orgánica y otros han sido aprobados sobre la base de las competencias que el Estado ostenta en materias relacionadas con el dopaje.

Por todo lo anterior, la normativa que se contiene en la presente ley se basa en los principios comúnmente aceptados por los organismos internacionales y nacionales más avanzados en la lucha de contra el dopaje en el deporte. La estructura piramidal del deporte de competición y la interrelación de las competiciones deportivas en sus distintos ámbitos y niveles territoriales exige un marco jurídico común en la lucha contra el dopaje en el deporte. En el País Vasco se celebran competiciones deportivas internacionales y estatales con participación de deportistas, clubes y federaciones de diversa procedencia y ello precisa una normativa mínimamente armonizada.

Por tanto, el régimen novedoso que fue introducido en el País Vasco por la Ley 14/1998, aparece hoy día necesitado de reformas y actualizaciones para combatir un fenómeno, el dopaje, que simboliza la antinomia del deporte y de los valores y fundamentos que siempre se han predicado del mismo, muy particularmente en el artículo 2.1 de la Ley 14/1998, el cual dispone que «el deporte constituye una actividad social de interés público que contribuye a la formación y al desarrollo integral de las personas, a la mejora de su calidad de vida y al bienestar individual y social».

Desde el punto de vista competencial, conviene recordar que el artículo 4 de la citada Ley 14/1998 ya dispuso que corresponde a las instituciones comunes de la Comunidad Autónoma del País Vasco el ejercicio de la siguiente competencia, consistente en la «regulación de la prevención, control y represión del dopaje».

En la ley se produce un endurecimiento notable del marco legal de la lucha contra el dopaje, endurecimiento que se ha tratado de cohonestar con el respeto a los derechos y libertades fundamentales de las y los deportistas y demás personas intervinientes. El texto parte de una idea básica: la lucha contra el dopaje no puede llevarse a cabo de cualquier modo y se debe ser exquisito con todos los derechos de las y los deportistas implicados en los controles antidopaje, sin merma alguna de la eficacia de éstos. Para alcanzar tal eficacia, algunos derechos de las y los deportistas deben ser ponderados de modo proporcional a los fines legítimos que se consigan en materia de lucha contra el dopaje (Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas de 18 de julio de 2006, caso David Meca y otros contra Comisión de las Comunidades Europeas).

Con esta nueva ley se aplica también el régimen de control y represión contra el dopaje a las actividades deportivas no federadas. Se amplían las actuales previsiones legales sobre

el deporte federado a otras realidades deportivas que también son merecedoras de protección, aunque con un régimen menos estricto. En este aspecto la ley sigue el camino iniciado con la Ley 14/1998, que ya contemplaba un régimen sancionador fuera del ámbito de las federaciones, y también sigue la estela marcada por la Ley Orgánica 7/2006 que contempla medidas sancionadoras en el ámbito de la actividad deportiva no competitiva. En esta línea, la ley incorpora prohibiciones expresas con relación a los centros deportivos donde se distribuyen o comercializan sustancias y métodos prohibidos en el deporte.

En materia de control de dopaje la ley hace un esfuerzo por contemplar de forma expresa otras modalidades de control. La tolerancia cero con el dopaje no es compatible con un control de dopaje ceñido exclusivamente a las tomas de muestras y análisis. Es necesario controlar otras vías de fraude como el control de las autorizaciones de uso terapéutico. Por ello, la ley no restringe los controles antidopaje a las tomas de muestras y, además, las tomas de muestras no se reducen a la orina de las y los deportistas sino que el texto legal abre los controles a otros tipos de muestras, sin imponer vía alguna. Tendrá que ser la evolución de las investigaciones científicas y los resultados de los avances tecnológicos quienes marquen en cada momento la vía más adecuada de control. La ley, lejos de frenar tales avances, trata de ser abierta y dar cobertura jurídica a tales avances.

Mención especial requiere el tratamiento que el nuevo texto otorga a los denominados controles de salud. Se incluyen bajo ese concepto el conjunto de actuaciones que la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, las federaciones y demás entidades deportivas consideren oportunas para mejorar, controlar y prevenir los efectos contrarios a la salud que pueda producir la actividad deportiva así como a controlar el cumplimiento por las y los deportistas de las obligaciones previstas en la ley en materia de dopaje y salud.

Asimismo, la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco determinará, en los términos que establezcan las normas de desarrollo reglamentario de esta ley, aquellos supuestos en los que proceda la suspensión de la licencia a deportistas por razones de salud. Tales controles de salud no se insertan en el marco de las relaciones laborales. En el presente texto se ha optado por facultar a cualesquiera entidades deportivas a realizar controles de salud a sus deportistas, con independencia de que tengan una relación laboral. Sería un franco retroceso negar a las federaciones y demás entidades deportivas la facultad de realizar controles de salud sobre sus deportistas por el mero hecho de no existir una relación laboral.

En el texto legal se incorpora una mención expresa a la prohibición de patrocinio público a clubes, deportistas y demás personas físicas o jurídicas en determinadas circunstancias relacionadas con el dopaje. Resultaría pura retórica que se trate de endurecer el régimen de control y represión del dopaje si se permite a los poderes públicos ayudar económicamente a personas y entidades que infringen la normativa antidopaje.

La tipificación de las infracciones y sanciones de la Ley 14/1998 era muy limitada y se ha aprovechado esta ley para ajustarla a las necesidades que han ido surgiendo y a la normativa internacional. Las sanciones existentes en dicha ley no se acomodaban a lo establecido en el Código Mundial Antidopaje y se ha realizado un esfuerzo de adaptación, debiéndose significar que tal régimen está inspirado en la vigente Ley Orgánica 7/2006.

La ley trata de dar respuesta al importante fraude existente en materia de autorizaciones de uso terapéutico que, como se viene reconociendo abiertamente, se ha convertido en una puerta abierta al dopaje. Los deportistas, como cualquier persona, pueden padecer enfermedades o lesiones que precisan tratamiento médico. La posibilidad de solicitar una autorización de uso terapéutico se reconoce en la ley en determinadas circunstancias. Junto a esta vía se instaura la figura de la baja deportiva, nueva figura que permite a la o el deportista un tratamiento terapéutico totalmente libre, como a cualquier otra persona, pero sin posibilidad de competir.

La ley incorpora de forma expresa un instrumento fundamental en la batalla contra el dopaje: el reconocimiento mutuo de sanciones impuestas por otras instancias públicas o privadas. Una o un deportista sancionado por dopaje en otro país, comunidad autónoma o modalidad deportiva no puede competir en el País Vasco mientras esté vigente la sanción, cualquiera que sea su naturaleza.

La lucha contra el dopaje se concibe en esta ley de forma integral. Además de regular la práctica del dopaje, contempla en su articulado, de forma especial, la investigación, sensibilización, formación e información de las entidades profesionales y personas deportistas sobre los efectos que las diferentes sustancias y métodos utilizados para mejorar el rendimiento deportivo pueden tener sobre la salud. Por ello, la ley contempla la obligación de adoptar diversas medidas de prevención. Entre las mismas se incluyen acciones de investigación y, con el objetivo de hacer efectiva dichos programas de investigación científica, la ley contempla mecanismos de información poniendo a disposición de los diversos agentes públicos y privados aquellos datos que puedan ser utilizados en el desarrollo de aquellos programas. Asimismo, se incluye expresamente la realización de programas de formación e información dirigidos fundamentalmente a clubes, federaciones, centros escolares, deportistas, técnicos y técnicas, dirigentes y demás agentes deportivos a fin de evitar que los valores tradicionalmente trabajados en el ámbito del deporte sean amenazados por el dopaje y con el objetivo de impedir que las y los deportistas recurran a sustancias y métodos prohibidos en grave perjuicio de su salud. Especial mención se debe hacer a la previsión de programas específicos de sensibilización en la lucha contra el dopaje en el campo del deporte que no es de competiciones oficiales de rendimiento: pruebas atléticas populares, carreras cicloturistas, gimnasios, etc.

Capítulo especial precisa todo lo relativo a la protección de datos de carácter personal en materia de dopaje. La ley incluye disposiciones que inciden, aunque no regulan, en el derecho de deportistas y de otras personas a la protección de sus datos de carácter personal. En algunos supuestos se contemplan deberes de comunicación de determinadas informaciones a las autoridades competentes, en otros supuestos se contempla el tratamiento de dichos datos, etcétera. Por dicha razón, se ha tenido en consideración la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, así como la Ley 2/2004, de 25 de febrero, de Ficheros de Datos de Carácter Personal de Titularidad Pública y de Creación de la Agencia Vasca de Protección de Datos.

La ley parte de la consideración que los datos relacionados con los controles de dopaje y de salud (resultados de los análisis, resultados de los reconocimientos médicos, resultados de los controles de salud, solicitudes y concesiones de autorizaciones de uso terapéutico, etcétera) son datos de carácter personal relativos a la salud y, por dicha razón, merecedores de una especial protección.

Por último, la ley, pretendiendo ser consecuente con el fin de impedir actos contrarios al espíritu deportivo, y con el fin, asimismo, de proteger la salud de las y los deportistas, con independencia de su condición federada, establece un régimen especial para las y los deportistas que participan en competiciones deportivas no federadas, tales como los deportistas con licencia escolar, con licencia universitaria o mediante inscripción equivalente a licencia. Resulta necesario proteger la salud de las y los deportistas que participan en competiciones organizadas, haciendo abstracción de la posesión de licencia federada. La ley no pretende extender la realización de controles de dopaje generalizados sobre toda la población que practica deporte y por ello habilita a la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco a aprobar y publicar una relación de las competiciones deportivas no federadas que podrán ser objeto de la realización de controles de dopaje a sus deportistas. Se ha pretendido con ello ponderar la proporcionalidad de dicho control y limitar el mismo a aquellas competiciones deportivas que, por sus singulares características, deban ser susceptibles de control.

En definitiva, la ley surge de una necesidad evidente de adaptar las disposiciones establecidas a lo largo de la Ley 14/1998 en materia de dopaje a la nueva realidad y pretende dotar al País Vasco de un marco jurídico ambicioso dirigido a erradicar de forma eficaz tal lacra del dopaje en nuestro deporte.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Concepto de dopaje y ámbito de aplicación.*

1. A los efectos de esta ley, el dopaje consiste en el consumo por el o la deportista de sustancias prohibidas o la utilización de métodos prohibidos para aumentar artificialmente su rendimiento deportivo, representando ello un acto contrario a las reglas deportivas.

2. Respecto a las competiciones deportivas en las que participen animales, el dopaje consiste en la administración a los animales de sustancias prohibidas o de métodos prohibidos para aumentar artificialmente su rendimiento deportivo, representando todo ello un acto contrario a las reglas deportivas.

3. A los efectos sancionadores, también se considera como dopaje el conjunto de infracciones de la normativa antidopaje contenida en la presente ley y en el resto de la normativa aplicable en materia de dopaje por parte de cualesquiera personas físicas o jurídicas que estén sujetas a la misma.

4. El ámbito material general de la presente ley está constituido por las competiciones deportivas, federadas o no, que se desarrollen en el País Vasco. No obstante lo anterior, quedan excluidas de la aplicación de la ley las competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal y las competiciones deportivas internacionales organizadas por las federaciones deportivas internacionales o el organismo olímpico o paralímpico correspondiente.

5. El ámbito subjetivo general de aplicación de esta ley se extiende a las y los deportistas con licencia federativa, universitaria o escolar vasca que habilite para participar en competiciones deportivas oficiales del País Vasco así como a todos aquellos y aquellas deportistas que compitan en el País Vasco. De igual forma, la ley también será de aplicación a cualesquiera otras personas físicas o jurídicas que desarrollen su actividad en el País Vasco, aunque sea temporalmente, así como a aquellos propietarios de animales que participen en actividades deportivas. Dicho ámbito subjetivo se entiende sin perjuicio de la aplicación de disposiciones estatales e internacionales a los citados deportistas con ocasión de su participación en actividades deportivas de ámbito estatal o internacional o por razón de poseer también licencias de dicho ámbito.

6. A los efectos de la presente ley, se consideran deportistas todas aquellas personas que participen en las competiciones deportivas sujetas a la misma mediante licencia federada, universitaria o escolar o mediante título de inscripción que, a efectos de esta ley, también tendrá la consideración de licencia deportiva.

7. Los deportistas y las deportistas se clasifican a efectos de la presente ley en los siguientes niveles:

a) Federados o federadas de nivel internacional: son aquellas personas federadas que, por sus resultados o nivel alcanzado, son definidas o consideradas como tales por la federación internacional correspondiente conforme a los criterios determinados por dichas entidades.

b) Federados o federadas de nivel no internacional: son aquellas personas federadas que no tienen la consideración o calificación de nivel internacional. Igualmente tendrá dicha consideración la persona que, pese a que no se encuentre federada en un determinado momento por haber finalizado la vigencia de su licencia federativa, sea previsible que vuelva a estarlo para continuar desarrollando su actividad deportiva.

c) Aficionados o aficionadas: son aquellas personas que, aun no estando federadas, toman parte con mayor o menor regularidad en competiciones o actividades deportivas que quedan dentro del ámbito de aplicación de esta ley.

d) Protegidos o protegidas: son aquellas personas que se encuentran en alguna de las siguientes situaciones:

(I) no haber alcanzado, en el momento de la infracción de la normativa antidopaje, la edad de dieciséis años;

(II) no haber alcanzado, en el momento de la infracción de la normativa antidopaje, la edad de dieciocho años, siempre que no estén incluidas en ningún grupo registrado de control ni hayan competido nunca en un evento internacional en categoría abierta o absoluta;

(III) carecer, por razones distintas a la edad, de capacidad jurídica con arreglo a la legislación vigente.

8. Las normas y definiciones de esta ley se interpretarán de acuerdo a las reglas y criterios contenidos en el Código Mundial Antidopaje, en los estándares internacionales y en las normas o documentos técnicos que integran el Programa Mundial Antidopaje aprobados por la Agencia Mundial Antidopaje. La publicidad de tales documentos se entenderá realizada con la simple publicación en la sede electrónica de la Agencia Vasca Antidopaje.

Artículo 2. *Principios generales.*

El deporte se regirá en la Comunidad Autónoma del País Vasco por los siguientes principios fundamentales en el campo de la lucha contra el dopaje:

a) El dopaje es contrario a los valores de la ética deportiva y del olimpismo.

b) El dopaje puede atentar gravemente a la salud de las y los deportistas o, en su caso, de los animales.

c) El dopaje es rechazable en todas sus formas, de modo que está prohibido recomendar, proponer, autorizar, permitir, facilitar, vender, suministrar, consumir o utilizar sustancias y métodos que figuren prohibidos en la lista que apruebe el organismo competente siempre que dichas acciones se realicen por personas no autorizadas para ello o fuera de los cauces, objetivos o condiciones establecidas por la normativa correspondiente.

d) Las y los deportistas tienen la obligación de someterse, dentro o fuera de competiciones, al control de dopaje al que se les requiera por las autoridades competentes y a los exámenes, revisiones, comprobaciones o investigaciones complementarias.

e) La erradicación del dopaje en el deporte debe ser un objetivo fundamental de todas las organizaciones deportivas.

f) La formación, la información y la investigación son instrumentos indispensables para la erradicación del dopaje.

g) La prevención del dopaje en el deporte debe constituir un instrumento de actuación en los ámbitos escolar, universitario y federado.

h) La correcta colaboración y coordinación administrativa con los ámbitos estatal e internacional de lucha contra el dopaje favorecerá la neutralización de sus efectos en el deporte.

Artículo 3. *Responsabilidades de las y los deportistas.*

Las y los deportistas deberán asumir las siguientes responsabilidades en el campo de la lucha contra el dopaje:

a) Conocer las disposiciones y acuerdos aplicables en el campo del dopaje y someterse a todas las medidas derivadas de los mismos.

b) Presentarse a las tomas de muestras y demás controles en que sean requeridos y, asimismo, proporcionar toda la información que le sea solicitada.

c) Ser responsables de todo lo que ingieran o utilicen.

d) Informar al personal médico de su condición de deportista y de su obligación de no consumir o utilizar sustancias o métodos prohibidos en la reglamentación deportiva y asegurarse, en la medida de sus posibilidades, de que el tratamiento terapéutico prescrito no viola las normas antidopaje.

e) Denunciar ante la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco y ante aquellas instituciones competentes de cualquier violación de las normas antidopaje de la que tengan conocimiento.

f) Colaborar en los programas de formación, información e investigación en materia antidopaje.

g) Suscribir los documentos que se aprueben en el campo del control del dopaje para la participación en competiciones deportivas.

h) Colaborar en los programas de prevención del dopaje en los ámbitos escolar, universitario y federado.

i) Llevar a cabo el regreso a la competición tras haberse retirado de la práctica deportiva conforme a los criterios expresamente previstos en el Código Mundial Antidopaje, y ello con

independencia de que el abandono se hubiese producido o no en un periodo de cumplimiento de una sanción de suspensión o inhabilitación por infracción de las normas de dopaje.

j) No recibir los servicios para el desarrollo de la actividad deportiva de personas que hayan sido sancionadas penal, disciplinaria o administrativamente por una infracción en materia de dopaje en los periodos en los que no resultase posible conforme a la normativa, siendo extensible a cualquier prestación de servicios o relación profesional relacionada con el deporte, medie o no retribución económica, que pudiese servir para vincularse y recibir asesoramiento, tratamiento o colaboración.

k) No ostentar responsabilidades deportivas o de otra clase en el seno de entidades deportivas durante el periodo de cumplimiento de las sanciones por infracciones de las normas de dopaje.

l) No ejercer, durante el periodo de cumplimiento de las sanciones por infracciones de las normas de dopaje, labores de comunicación en eventos deportivos, tales como intervenir como locutor o locutora, presentador o presentadora o similar, salvo que se trate de colaboraciones dentro de programas de prevención en la lucha contra el dopaje establecidos por las autoridades competentes.

m) No intervenir ni participar, durante el periodo de cumplimiento de las sanciones por infracciones de las normas de dopaje, como comentarista, colaborador o colaboradora o similar en medios de comunicación durante la emisión o retransmisión o cualquier forma de difusión de eventos deportivos, salvo que se trate de colaboraciones dentro de programas de prevención en la lucha contra el dopaje establecidos por las autoridades competentes.

Artículo 4. *Responsabilidades del personal del entorno de las y los deportistas y de los animales que participan en competiciones deportivas.*

1. El personal del entorno de las y los deportistas y de los animales que participan en competiciones deportivas deberá asumir las siguientes responsabilidades en el campo de la lucha contra el dopaje:

a) Conocer las disposiciones y acuerdos aplicables en el campo del dopaje y someterse a todas las medidas derivadas de los mismos.

b) Cooperar en los procesos de control de dopaje sobre sus deportistas y animales, así como proporcionar toda la información que le sea solicitada.

c) Ejercer una influencia positiva sobre los valores y conductas en torno al dopaje, desde las edades más tempranas.

d) Instruir y aconsejar a sus deportistas en materia de medidas y reglas antidopaje.

e) Denunciar ante la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco y ante aquellas instituciones competentes de cualquier violación de las normas antidopaje de la que tengan conocimiento.

f) Colaborar en los programas de formación, información e investigación en materia antidopaje.

g) Suscribir los documentos que se aprueben en el campo de control del dopaje para la participación en competiciones deportivas.

h) Colaborar en los programas de prevención del dopaje en los ámbitos escolar, universitario y federado.

i) Ser responsables de todo lo que ingieran o utilicen los animales.

j) No recibir los servicios para el desarrollo de la actividad deportiva de personas que hayan sido sancionadas penal, disciplinaria o administrativamente por una infracción en materia de dopaje en los periodos en los que no resultase posible conforme a la normativa, siendo extensible a cualquier prestación de servicios o relación profesional relacionada con el deporte, medie o no retribución económica, que pudiese servir para vincularse y recibir asesoramiento, tratamiento o colaboración.

2. A los efectos de esta ley se considerarán personas del entorno del deportista o animal que participa en competiciones deportivas, cualquier entrenador o entrenadora, instructor o instructora, directivo o directiva, director o directora deportivo, agente, personal del equipo, personal médico, veterinario o paramédico, propietario o propietaria de animales o personal

que trate o auxilie a deportistas o animales que participen en competiciones deportivas o se preparen para ellas.

Artículo 5. *Responsabilidades de los poderes públicos.*

Los poderes públicos del País Vasco deberán asumir las siguientes responsabilidades en el campo de la lucha contra el dopaje:

a) Asegurarse de que todas las medidas y normas antidopaje que se adopten sean conformes con la normativa vigente.
b) Exigir a las organizaciones deportivas el cumplimiento estricto de las normas y acuerdos adoptados en la materia.
c) Contribuir, en la medida de sus posibilidades y competencias, al sostenimiento financiero de los diferentes programas antidopaje.
d) Adoptar medidas de protección de deportistas menores ante el riesgo del dopaje.
e) Denunciar ante la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco y aquellas instituciones competentes cualquier violación de las normas antidopaje de la que tengan conocimiento.
f) Negar cualquier subvención o ayuda a cualesquiera entidades deportivas o deportistas que hayan sido sancionados por infringir la normativa antidopaje o que rehúsen someterse a los controles correspondientes.
g) Desarrollar campañas de prevención del dopaje en los ámbitos escolar, universitario y federado.

Artículo 6. *Responsabilidades de las entidades deportivas.*

1. Las entidades deportivas del País Vasco deberán asumir las siguientes responsabilidades en el campo de la lucha contra el dopaje:

a) Asegurarse de que todas las medidas y normas antidopaje que se adopten sean conformes con la normativa vigente.
b) Contribuir, en la medida de sus posibilidades y competencias, al sostenimiento financiero de los diferentes programas antidopaje.
c) Negar cualquier subvención o ayuda a cualesquiera entidades deportivas o deportistas que hayan sido sancionados por infringir la normativa antidopaje o que rehúsen someterse a los controles correspondientes.
d) Adoptar medidas de protección de deportistas menores ante el riesgo del dopaje, en colaboración con las familias y los centros escolares.
e) Aprobar la reglamentación antidopaje correspondiente con arreglo a las normas contenidas en esta ley y en las disposiciones que desarrollen la misma.
f) Realizar los adecuados controles dentro y fuera de competición.
g) Denunciar ante la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco y ante aquellas instituciones competentes la violación de las normas antidopaje que conozcan.
h) Desarrollar programas de formación, información e investigación en materia antidopaje o colaborar con los mismos.
i) Autorizar la participación de observadores y observadoras independientes en materia de control de dopaje.
j) Habilitar áreas en adecuadas condiciones para la realización de controles de dopaje, adaptadas a las necesidades de mujeres y hombres deportistas y en su caso para animales.
k) Guardar la confidencialidad de los resultados de los análisis de los procesos de control de dopaje.
l) Dotarse de los órganos antidopaje que resulten necesarios para el cumplimiento de la presente ley.
m) Comprobar la concesión y aplicación de las autorizaciones de uso terapéutico y de las bajas deportivas.
n) Impedir la participación de deportistas con sanciones vigentes en materia de dopaje.
ñ) Colaborar con las administraciones públicas en el desarrollo de las campañas de prevención del dopaje que se programen.

o) No recibir los servicios para el desarrollo de la actividad deportiva de personas que hayan sido sancionadas penal, disciplinaria o administrativamente por una infracción en materia de dopaje en los periodos en los que no resultase posible conforme a la normativa, siendo extensible a cualquier prestación de servicios o relación profesional relacionada con el deporte, medie o no retribución económica, que pudiese servir para vincularse y recibir asesoramiento, tratamiento o colaboración.

2. Las federaciones deportivas vascas y territoriales y otras entidades deportivas deberán disponer, en la medida de sus posibilidades, en el ejercicio de las funciones públicas de carácter administrativo en materia de dopaje, de los correspondientes programas, disposiciones y órganos antidopaje. Para ello podrán contar con la asistencia técnica y económica de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

En el caso del dopaje de animales, los programas y disposiciones de las federaciones deportivas correspondientes deberán estar coordinados con los controles realizados en dicha materia por las autoridades competentes en materia de bienestar y protección animal. Dichos controles realizados con carácter oficial desde el ámbito de la protección y bienestar de los animales podrán tener validez para el ámbito deportivo si así lo determinase la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

3. En el supuesto de que una federación deportiva vasca o territorial u otras entidades deportivas no asuman el ejercicio de la función pública en materia de dopaje deberá intervenir la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco en los términos previstos en el artículo 10 de esta ley.

Artículo 7. *Responsabilidad de las personas y entidades organizadoras de eventos deportivos.*

Las personas y entidades organizadoras de eventos deportivos del País Vasco deberán asumir las siguientes responsabilidades en el campo de la lucha contra el dopaje:

a) Asegurarse de que todas las medidas y normas antidopaje que se adopten sean conformes con la normativa vigente.

b) Exigir a las organizaciones deportivas el cumplimiento estricto de las normas y acuerdos adoptados en la materia.

c) Contribuir, en la medida de sus posibilidades y competencias, al sostenimiento financiero de los diferentes programas antidopaje.

d) Adoptar medidas de protección de deportistas menores ante el riesgo del dopaje, propiciando campañas divulgativas puntuales durante el desarrollo de las competiciones.

e) Aprobar la reglamentación antidopaje correspondiente con arreglo a las normas contenidas en esta ley y en las disposiciones que desarrollen el mismo.

f) Realizar los adecuados controles de dopaje.

g) Denunciar ante la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco la violación de las normas antidopaje sobre la que tengan conocimiento.

h) Desarrollar, o en su caso colaborar en, programas de formación, información e investigación en materia antidopaje.

i) Autorizar, en sus eventos, la participación de observadores y observadoras independientes en materia de control de dopaje.

j) Guardar la confidencialidad de los resultados de los análisis de los procesos de control de dopaje.

k) Impedir la participación de deportistas con sanciones vigentes en materia de dopaje.

l) Habilitar áreas en adecuadas condiciones para la realización de controles de dopaje adaptadas a las necesidades de mujeres y hombres deportistas y en su caso para animales.

m) Dotarse de los órganos antidopaje que resulten necesarios para el cumplimiento de la presente ley.

n) Comprobar la concesión y aplicación de las autorizaciones de uso terapéutico y de las bajas deportivas.

ñ) No recibir los servicios para el desarrollo de la actividad deportiva de personas que hayan sido sancionadas penal, disciplinaria o administrativamente por una infracción en materia de dopaje en los periodos en los que no resultase posible conforme a la normativa,

siendo extensible a cualquier prestación de servicios o relación profesional relacionada con el deporte, medie o no retribución económica, que pudiese servir para vincularse y recibir asesoramiento, tratamiento o colaboración.

Artículo 8. *Derechos de las y los deportistas.*

Las y los deportistas que vayan a ser sometidos a un control de dopaje ostentan, entre otros, los siguientes derechos:

a) A que sus datos de carácter personal sean protegidos con arreglo al ordenamiento jurídico vigente.
b) A ser asistidos y asistidas, a su costa, en el control antidopaje por la persona de su confianza que se halle presente o disponible en la zona de dicho control.
c) A ser informados de los controles del dopaje y de las garantías que les asisten en los mismos según el artículo 13.6 de la ley.
d) A presentar alegaciones ante una notificación de presunto dopaje.
e) A realizar el control antidopaje con pleno respeto a su dignidad o intimidad.
f) A que no se les grabe o fotografíe en el momento de la realización del control antidopaje.
g) A exigir la realización de un contraanálisis en el supuesto de que el primer análisis dé un resultado analítico positivo o adverso.
h) A exigir la destrucción de las muestras de sangre, orina o cualesquiera muestras que le hayan sido tomadas u obtenidas, una vez transcurrido el plazo de prescripción previsto en esta ley. La utilización de las muestras para fines de investigación se realizará previa ocultación de la identidad de manera que no pueda asociarse a ningún deportista en particular y de conformidad con lo establecido en la normativa vigente sobre investigación biomédica.
i) A exigir de los organismos deportivos la confidencialidad de los resultados en los términos previstos en esta ley y a ser informados por dichos organismos con carácter preferente de cualquier resultado de los análisis.
j) A obtener las correspondientes autorizaciones de uso terapéutico para que usen una sustancia prohibida o un método prohibido contenido en la lista de sustancias y métodos prohibidos cuando cumplan los requisitos establecidos en la normativa de desarrollo de la presente ley.

Artículo 9. *Patrocinio de deportistas y entidades.*

1. Las administraciones públicas del País Vasco y sus entidades instrumentales de derecho público o privado, o entidades participadas por aquellas, no podrán patrocinar ni subvencionar a entidades deportivas que hayan sido sancionadas por infringir la normativa antidopaje o por haberse negado a colaborar en los controles correspondientes. Tal prohibición subsistirá mientras dure la sanción o subsista la falta de colaboración.
2. Las administraciones públicas del País Vasco y sus entidades instrumentales de derecho público o privado, o entidades participadas por aquellas, no podrán patrocinar ni subvencionar a deportistas que se encuentren sancionados y sancionadas por acciones de dopaje o a deportistas que hayan sido sancionados o sancionadas por haberse negado a colaborar en los correspondientes controles de dopaje. Tal prohibición subsistirá mientras dure la sanción o subsista la falta de colaboración.
3. En el supuesto de que se encuentre vigente una relación de patrocinio o subvencional, la sanción facultará a las administraciones para resolver dicha relación jurídica, quedando exoneradas de abonar aquellas cantidades que resultaren pendientes de pago. El deber de reintegro se sujetará a los requisitos y procedimientos establecidos en las correspondientes normas reguladoras de las subvenciones.

Artículo 10. *Competencias de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*

1. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco tendrá las siguientes competencias en la lucha contra el dopaje:

a) Velar por el cumplimiento de la legislación sobre dopaje.

b) Atender las peticiones, consultas, denuncias y reclamaciones formuladas en materia de dopaje.

c) Proporcionar información a las personas acerca de sus derechos y obligaciones en materia de dopaje.

d) Requerir a los organismos competentes la adopción de las medidas necesarias para la adecuación de su organización, normativa o actividad a la legislación en materia de dopaje y, en su caso, ordenar la cesación o modificación cuando no se ajusten a dicha legislación.

e) Ejercer la potestad sancionadora, así como adoptar las medidas cautelares que procedan.

f) Realizar las funciones de inspección deportiva, recabando cuanta información precise para el cumplimiento de su cometido. A tal efecto, podrá solicitar cualesquiera aclaraciones a deportistas y personas de su entorno, la exhibición o el envío de documentos y datos y examinarlos en el lugar en que se encuentren depositados, así como inspeccionar equipos y locales en los términos que permita la legislación vigente.

g) Elaborar y, en su caso, llevar a cabo, financiar y vigilar, un programa anual de controles de dopaje que incluya controles dentro y fuera de competición, realizados a su instancia, sin perjuicio de los que pudiesen ser realizados en Euskadi por otras entidades de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

h) Recabar de los órganos correspondientes cuanta ayuda e información estime necesaria para una eficaz lucha contra el dopaje.

i) Redactar una memoria anual y remitirla al Parlamento Vasco.

j) Realizar actividades divulgativas, formativas y de sensibilización por un deporte libre de dopaje; divulgar información relativa al uso de sustancias y métodos prohibidos y sus modalidades de control; hacer informes y estudios sobre las causas y efectos del dopaje; promover e impulsar acciones de prevención. En el desarrollo de estas funciones, se deberá integrar la perspectiva de género para fomentar y divulgar la investigación sobre el dopaje y sus efectos concretos en los hombres y en las mujeres deportistas.

k) Determinar las competiciones y las pruebas deportivas susceptibles de sometimiento a controles antidopaje.

l) Velar por la protección de la presunción de inocencia de las y los deportistas sometidos a control.

m) Instar a las federaciones deportivas vascas y territoriales a abrir expedientes disciplinarios y, si procede, interponer los correspondientes recursos contra las resoluciones disciplinarias de estas federaciones.

n) Tramitar y resolver los expedientes disciplinarios cuando las federaciones deportivas no hayan resuelto en plazo los mismos.

ñ) Aprobar las disposiciones y formularios necesarios en materia de localización de deportistas para la realización de controles de dopaje.

o) Emitir informe preceptivo respecto a aquellos proyectos normativos que sean tramitados por el Gobierno Vasco y afecten a la lucha contra el dopaje, así como emitir informe respecto a iniciativas normativas de otras instituciones cuándo sea requerida por éstas.

p) Participar en reuniones, foros e instituciones estatales e internacionales, relacionadas directamente con la lucha contra el dopaje.

q) Colaborar con otras administraciones y entidades deportivas en lo relativo a la información y documentación sobre las autorizaciones de uso terapéutico y en cualesquiera otros ámbitos cuando sea necesario para una eficaz lucha contra el dopaje en el deporte.

r) Llevar a cabo las relaciones de colaboración que resulten precisas con las fuerzas y cuerpos de seguridad en la lucha contra el dopaje en el deporte.

s) Promover la investigación científica y técnica, el desarrollo y la innovación en materia de dopaje, impulsando proyectos específicos, directamente o en colaboración con universidades, organismos públicos de investigación y cualesquiera otras instituciones que promuevan la investigación, desarrollo o innovación.

t) Realizar la recogida y transporte de las muestras en los controles de dopaje que organice la propia Administración o en los controles realizados por terceras entidades cuando así esté previsto en los correspondientes convenios.

u) Promover la formación de personal para la recogida de muestras en los controles de dopaje, habilitando a las personas para que tengan competencia para trabajar en las dos lenguas oficiales en dicha función. Asimismo, tomar en consideración la perspectiva de género, para que en el equipo de recogida de muestras haya una persona del mismo sexo que el o la deportista, tal y como se establece en las leyes.

v) Conceder o denegar las autorizaciones de uso terapéutico a través del Comité Vasco de Autorizaciones de Uso Terapéutico (COVAUT).

w) Cuantas otras que, siendo competencia de la citada administración, se refieran a la lucha contra el dopaje y no estén expresamente atribuidas a otros órganos o entidades, así como aquellas funciones que le sean atribuidas por otras leyes y reglamentos.

x) Incluir en el Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco un capítulo relativo a la lucha contra el dopaje en el deporte.

2. La Agencia Vasca Antidopaje, como órgano administrativo adscrito al departamento del Gobierno Vasco competente en materia deportiva, desarrollará las funciones atribuidas en el apartado anterior a la Administración pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Se determinará reglamentariamente tanto su organización como el alcance de sus funciones, potestades y procedimientos de actuación.

El personal que ejerza la inspección a que se refiere la letra f) del apartado anterior tendrá la consideración de autoridad pública en el desempeño de sus cometidos, y estará obligado a guardar secreto sobre las informaciones que conozca en el ejercicio de sus funciones, incluso después de haber cesado en ellas. Sus actas se presumen veraces.

Artículo 11. *Consejo Consultivo y Comité Vasco de Autorizaciones de Uso Terapéutico (COVAUT).*

1. El Consejo Consultivo está compuesto por los siguientes miembros:

a) Cuatro representantes de la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que serán designados por la consejera o consejero competente en materia de deporte, procedentes de áreas departamentales relacionadas con el deporte, la sanidad, la seguridad y la protección de animales.

b) Una persona en representación de cada uno de los territorios históricos designada por la consejera o consejero competente en materia de deporte a propuesta de éstos.

c) Una persona en representación de las federaciones deportivas que se designará por la consejera o consejero competente en materia de deporte a propuesta de la Unión de Federaciones Deportivas Vascas.

d) Una persona experta en medicina en el ámbito del deporte, una experta en farmacia, una experta en veterinaria, una experta en ciencias de la actividad física y del deporte y una experta en derecho del deporte designadas por la consejera o consejero competente en materia de deportes, a propuesta de las organizaciones profesionales interesadas.

e) Una persona del Departamento de Interior del Gobierno Vasco experta en tráfico de drogas, sustancias estupefacientes y productos de dopaje.

2. El Comité Vasco de Autorizaciones de Uso Terapéutico (COVAUT) actuará con plena autonomía funcional en el desempeño de sus atribuciones. Sus miembros serán designados por el director o directora del Gobierno Vasco competente en materia de deportes con arreglo a las directrices que establece el anexo II de la Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte de 18 de noviembre de 2005 en materia de composición y cualificación de sus miembros.

3. La pertenencia al Consejo Consultivo y al COVAUT no dará lugar a retribución alguna, pero las y los miembros y participantes en los mismos tendrán derecho al abono de los gastos y dietas en los términos establecidos en la normativa de la Administración General de la Comunidad Autónoma reguladora de las indemnizaciones por razón de servicio.

4. La composición del Consejo Consultivo y del COVAUT tratará de atender el principio de presencia equilibrada de mujeres y hombres, y se priorizará el conocimiento de las dos lenguas oficiales por parte de sus miembros.

CAPÍTULO II

Controles de dopaje

Artículo 12. *Deportistas con obligación de someterse a control de dopaje.*

1. Las y los deportistas incluidos en el ámbito subjetivo de aplicación de la presente ley tendrán obligación de someterse a los controles en competición y fuera de competición que determine la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco y los demás organismos públicos y privados habilitados mediante la presente ley. Lo anterior se entiende sin perjuicio de la obligación de tales deportistas a someterse a los controles previstos en las disposiciones estatales e internacionales.

2. Los controles fuera de competición pueden realizarse por sorpresa o previa citación. En el primer supuesto, la obligación a que se refiere este artículo alcanza al sometimiento de los mismos y, en el segundo, a la obligación de comparecer y al sometimiento a los mismos.

3. Los términos de los controles en competición y fuera de competición se determinarán reglamentariamente, procurando una adecuada ponderación de los derechos de las y los deportistas y las necesidades materiales para una efectiva realización de los mismos.

4. La obligación de someterse a los controles alcanza, igualmente, a las y los deportistas que hayan sido suspendidos en su licencia deportiva por haber incurrido en una infracción de dopaje mientras se encuentren cumpliendo la sanción y, en todo caso, con carácter previo a la rehabilitación de la licencia deportiva.

5. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrá extender la obligación de someterse a los controles de dopaje a aquellas y aquellos deportistas que, teniendo licencia y no habiéndola renovado en el plazo establecido, exista presunción razonable de que no han abandonado la práctica deportiva y puedan estar tratando de eludir la realización de controles de dopaje fuera de competición hasta la renovación de la misma.

6. Para la realización y la mayor eficacia posible de los controles a que se refiere el apartado primero, deportistas, equipos, entrenadores y entrenadoras, personal directivo y demás personas del entorno de la o el deportista deberán facilitar, en los términos que reglamentariamente se establezca, los datos que permitan la localización habitual de las y los deportistas, de forma que se puedan realizar, materialmente, los controles de dopaje.

7. Las y los deportistas, sus entrenadores y entrenadoras, médicos, médicas y demás personal sanitario, así como el personal directivo de clubes y organizaciones deportivas y demás personas del entorno de la o el deportista indicarán, en el momento de realización de los controles de dopaje, los tratamientos terapéuticos a que estén sometidos o sometidas las y los deportistas, responsables de los mismos y el alcance del tratamiento, salvo que las y los deportistas negaren expresamente la autorización para tal indicación. Asimismo, dicha obligación de información se extiende, cuando así se les requiera, a la verificación de las dolencias y de su tratamiento.

8. Los controles para los que hayan sido citados, los controles realizados y los resultados de los mismos se incluirán en la tarjeta de salud de deportista, en los términos de la regulación de la misma contenidos en el desarrollo reglamentario de esta ley.

9. Podrán ser sometidos y sometidas a control aquellos y aquellas deportistas que participen en competiciones o actividades deportivas que se celebren en territorio de la Comunidad Autónoma del País Vasco, quedando excluidas, en todo caso, las competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal y las competiciones deportivas internacionales organizadas por las federaciones deportivas internacionales o el organismo olímpico o paralímpico correspondiente.

La Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco únicamente podrá realizar controles fuera de competición a deportistas con licencia estatal, licencia autonómica distinta de la autonómica del País Vasco o licencia internacional a solicitud y previo convenio con la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte o con las organizaciones o federaciones autonómicas o internacionales responsables.

La tramitación de los expedientes administrativos sancionadores o disciplinarios que pudieran derivarse de ellos se realizará por el organismo que resulte competente con arreglo a la legislación aplicable.

En cualquier caso, los resultados analíticos definitivos de los controles de dopaje efectuados en el País Vasco serán trasladados a los organismos deportivos correspondientes que puedan resultar competentes.

Artículo 13. *De las garantías en los controles y de los efectos legales de los mismos.*

1. Los controles a que se refiere el artículo anterior se realizarán por personal habilitado por la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco para el desempeño de esta función. La habilitación para la realización de controles antidopaje que consistan en la extracción de sangre del deportista o de la deportista solo podrá otorgarse al personal sanitario con capacitación legal para realizar dicha actuación.

2. De conformidad con la normativa internacional antidopaje y, en especial, el Código Mundial Antidopaje y sus normas de desarrollo, los controles de dopaje fuera de competición y los controles de salud no podrán realizarse durante una franja horaria, que se determinará reglamentariamente y que comprenderá, en todo caso, las horas habitualmente destinadas al descanso nocturno. Durante esas horas no podrá realizarse en el País Vasco ningún control de dopaje, con independencia de que éste haya sido ordenado por una autoridad administrativa, federación deportiva u organismo estatal o internacional.

3. Tampoco podrá obligarse a una o un deportista a pasar más de un control de dopaje en una misma prueba. No se considerará que se trata del mismo control cuando los tipos de muestras solicitadas a las y los deportistas sean diferentes. Reglamentariamente se regulará el alcance de este derecho.

4. La negativa a ser sometido a controles de dopaje durante la franja horaria destinada al descanso nocturno o al amparo del derecho establecido en el párrafo anterior no producirá responsabilidad alguna.

5. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco velará para que los controles de dopaje en el País Vasco se realicen siempre, con independencia de quién los ordene, respetando estas limitaciones horarias.

6. Las deportistas y los deportistas serán informados en el momento de recibir la notificación de control y, en su caso, al iniciarse la recogida de la muestra, de los derechos y obligaciones que les asisten en relación con el citado control, de los trámites esenciales del procedimiento y de sus principales consecuencias, así como del tratamiento y cesión de los datos previstos en la presente ley, además de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición establecidos en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

7. Entre los citados derechos que les asisten se incluirá el derecho a no someterse a la prueba, sin perjuicio de lo dispuesto en este artículo y de lo establecido en el artículo 23.1.c) de esta ley.

8. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco establecerá un modelo normalizado de información en euskera, castellano e inglés para la notificación de los controles, para la recogida de las muestras en la realización de los controles de dopaje y para la remisión de las muestras recogidas al correspondiente laboratorio.

9. A los efectos de los procedimientos disciplinarios o sancionadores en materia de dopaje, la negativa sin justa causa a someterse a los controles o la negativa a responder a los requerimientos de información por parte de la organización antidopaje, una vez documentada, constituirá prueba suficiente para sancionar la conducta de la o el deportista. Se entiende por justa causa para no someterse a un control la imposibilidad de acudir, como consecuencia de lesión acreditada o cuando se acredite que la realización del control ponga en riesgo la salud de la o el deportista.

Dicha imposibilidad deberá ser verificada y acreditada por cualquier medio establecido en derecho por la persona responsable del equipo de recogida de muestras.

10. El documento que acredite la negativa a que se refiere el apartado anterior gozará de la presunción de veracidad prevista en la normativa vigente en materia de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

11. El órgano antidopaje responsable de la gestión de resultados podrá, según su criterio, decidir que se analice la muestra B, aun en el caso de que el o la deportista no solicite el análisis de dicha muestra.

12. Serán pruebas suficientes de infracción de las normas antidopaje, cualquiera de las siguientes:

a) La presencia de una sustancia prohibida o de sus metabolitos o marcadores en la muestra A del o de la deportista, cuando renuncie al análisis de la muestra B y esta no se analice.

b) Cuando la muestra B del o de la deportista se analice y dicho análisis confirme la presencia de la sustancia prohibida o de sus metabolitos o marcadores encontrados en la muestra A.

c) Cuando la muestra B del deportista o de la deportista se divida en dos frascos y el análisis del segundo frasco confirme la presencia de la sustancia prohibida o de los metabolitos o marcadores de esta encontrados en el primer frasco, o cuando el deportista o la deportista renuncie al análisis del frasco de confirmación de la muestra dividida.

13. Recaerá sobre el órgano antidopaje la carga de probar que se ha producido una infracción de la normativa antidopaje. A tal efecto, se presumirá la validez científica de los métodos analíticos o límites de decisión aprobados por la Agencia Mundial Antidopaje que hayan sido objeto de revisión externa y consulta a la comunidad científica. Un resultado adverso en el pasaporte biológico constituirá prueba pericial con validez científica a los efectos de considerar existente la infracción prevista en el artículo 23.1.b) de la presente ley. En tales casos de eventuales infracciones de las normas de dopaje derivadas del pasaporte biológico, se respetarán y tomarán en consideración las normas internacionales sobre gestión de resultados, sobre controles e investigaciones y sobre laboratorios de la Agencia Mundial Antidopaje.

14. El órgano antidopaje podrá dividir una muestra A o B a efectos de usar el primer frasco para un primer análisis de la muestra A y el segundo frasco para un análisis de confirmación, debiendo seguirse en tal caso los estándares internacionales que hayan sido establecidos en cada momento y publicados por la Agencia Mundial Antidopaje. En tales casos, el deportista o la deportista será notificado o notificada con carácter previo a fin de que pueda ejercer su derecho a estar presente en el acto de apertura de la muestra.

15. El incumplimiento de los estándares internacionales u otros aspectos contenidos en la normativa no invalidará los resultados analíticos o cualesquiera otras pruebas de la vulneración de una norma antidopaje. En tales casos, si la persona afectada demuestra que del incumplimiento de alguna de las disposiciones indicadas en los estándares internacionales o normativa podría razonablemente haber resultado un resultado analítico adverso o una localización fallida, recaerá en la organización antidopaje la carga de probar que ese incumplimiento no ha causado el resultado analítico adverso o la localización fallida. En tales supuestos, la organización antidopaje deberá atenerse a lo expresamente previsto en el artículo 3.2.3 del Código Mundial Antidopaje.

16. En los procedimientos de control de dopaje y de gestión de resultados llevados conforme a lo previsto en la presente ley, serán de aplicación los estándares internacionales y documentos técnicos que hayan sido establecidos en cada momento y publicados por la Agencia Mundial Antidopaje. La publicidad de tales documentos se entenderá realizada con la simple publicación en la sede electrónica de la Agencia Vasca Antidopaje.

Artículo 14. *Obligaciones accesorias y autorizaciones de uso terapéutico.*

1. Los clubes y demás entidades deportivas que se determinen reglamentariamente están obligados a llevar un libro, debidamente registrado en la Administración pública de la Comunidad Autónoma vasca y del que exista garantía de su integridad, en el que harán constar los tratamientos terapéuticos que se hayan prescrito a las y los deportistas bajo su dirección, siempre que estos y estas autoricen dicha inscripción. Dicho libro tendrá la consideración de documento sanitario a los efectos de custodia y protección de datos. El libro podrá ser redactado en cualquiera de las dos lenguas oficiales.

2. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrá complementar o sustituir el libro registro por procedimientos centralizados de bases de datos con utilización de las nuevas tecnologías de la información e identificación electrónica, como la firma digital y los sistemas de historia electrónica única y centralizada. En tales casos, el

sistema estará a disposición en ambas lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

3. Las y los deportistas tendrán derecho a solicitar, en el momento de su inscripción en el libro, que se les entregue una copia del asiento en el que conste debidamente identificado el facultativo, facultativa o profesional sanitario que, bajo su dirección, ha prescrito o realizado el tratamiento médico o sanitario, debiendo constar la firma y sello, en su caso, de la o el profesional responsable de la atención sanitaria.

4. En el libro cada actuación sanitaria deberá ser refrendada por la firma de la o el deportista como garantía de que se ha realizado dicha actuación y ha autorizado el asiento en dicho libro.

5. Cualquier tratamiento terapéutico que se pueda considerar dopaje, incluso aunque cuente con la debida autorización, deberá seguir un procedimiento de consentimiento informado que se regulará reglamentariamente y del que se guardará una copia en el libro registro.

6. Esta obligación de registro alcanza a las federaciones deportivas vascas y territoriales cuando las y los deportistas se encuentren bajo su responsabilidad en el marco de las selecciones deportivas.

7. En los deportes individuales, esta obligación recaerá sobre la o el deportista o sobre la correspondiente federación en la forma que se indica en el apartado anterior.

8. En relación con la validez, vigencia y eficacia de las autorizaciones de uso terapéutico emitidas por parte de una entidad u organismo de otra comunidad autonómica, estatal o internacional, resultará de aplicación lo previsto en el artículo 4.4 del Código Mundial Antidopaje y en los estándares internacionales. En el caso de deportistas federados o federadas de nivel internacional, la concesión de autorizaciones de uso terapéutico corresponderá a la federación internacional conforme a sus propias normas. Cualquier persona que sea sometida a un control de dopaje dentro del ámbito de aplicación de la presente ley deberá obligatoriamente informar en el acto del control antidopaje de las posibles autorizaciones de uso terapéutico que tuviese vigentes.

9. Los órganos antidopaje y los órganos disciplinarios o sancionadores del País Vasco no podrán considerar válidas las autorizaciones de uso terapéutico o las declaraciones citadas en el apartado anterior que no se encuentren debidamente registradas en el Comité Vasco de Autorizaciones de Uso Terapéutico o aquellas que no resulten válidas sobre la base de lo previsto en el Código Mundial Antidopaje y en los estándares internacionales. Tampoco podrán considerar válidas aquellas autorizaciones o declaraciones que, debidamente registradas, se hayan obtenido fraudulentamente o se hayan aplicado a las deportistas y los deportistas incumpliendo sus condiciones en lo relativo a las dosis, vías de administración o plazo de tratamiento. En los procedimientos de solicitud, evaluación, resolución y revisión de autorizaciones de uso terapéutico tramitadas ante el Comité Vasco de Autorizaciones de Uso Terapéutico conforme a lo previsto en la presente ley, serán de aplicación el anexo II de la Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte y los estándares internacionales establecidos y publicados en cada momento por la Agencia Mundial Antidopaje.

10. Las entidades deportivas podrán limitar en sus reglamentos el número máximo de deportistas con autorizaciones de uso terapéutico o declaraciones de uso de glucocorticosteroides u otras sustancias con régimen análogo que pueden alinearse en los correspondientes equipos.

11. La revisión de la correcta obtención o aplicación de las autorizaciones de uso terapéutico o declaraciones deberá ser realizada por el Comité Vasco de Autorizaciones de Uso Terapéutico (COVAUT).

12. El tratamiento y cesión de los datos de carácter personal a que se refieren los apartados anteriores se ajustará, íntegramente, a las disposiciones establecidas en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

13. La concesión o denegación de autorizaciones de uso terapéutico podrá ser impugnada ante el órgano del Gobierno Vasco competente en materia deportiva.

14. En el supuesto de que el resultado analítico de un control de dopaje de una o un deportista arroje un positivo o informe adverso, pero exista una autorización de uso terapéutico válida, vigente y adecuada a los resultados analíticos, o la declaración de uso correspondiente, se considerará por el órgano disciplinario o sancionador correspondiente a

través de la correspondiente instrucción reservada que el resultado es negativo, no resultando necesaria la remisión de actuaciones a los órganos disciplinarios o sancionadores.

15. Las y los deportistas y demás personas obligadas a presentar las solicitudes de autorizaciones de uso terapéutico, declaraciones de uso de glucocorticosteroides y análogas deben comunicar previamente a la celebración de los eventos que se han sometido a algún tratamiento, aunque presenten posteriormente las solicitudes y declaraciones correspondientes.

16. Las y los deportistas sin licencia que residan, entrenen o compitan en el País Vasco no tendrán que cumplir las obligaciones documentales e informativas previstas en esta ley para los deportistas con licencia.

Artículo 15. *Bajas deportivas.*

1. Las federaciones deportivas territoriales y vascas, así como las demás entidades deportivas a las que resulte aplicable esta ley, podrán contemplar en sus reglamentos la situación de baja deportiva. En esta situación las y los deportistas pueden recibir libremente el tratamiento terapéutico que se considere adecuado para tratar cualquier lesión o enfermedad, aunque estarán inhabilitados e inhabilitadas para participar en competiciones deportivas de todo tipo.

2. Al objeto de evitar sanciones en los supuestos de realización de controles de dopaje por sorpresa, la situación de baja deportiva deberá ser concedida por el correspondiente comité antidopaje y registrada en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Durante la situación de baja deportiva la o el deportista no podrá competir durante el plazo que determine el comité antidopaje de la correspondiente organización deportiva, al objeto de evitar que dicho tratamiento pueda ser utilizado fraudulentamente para mejorar el rendimiento.

3. Los comités antidopaje de las respectivas organizaciones deportivas y la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrán revisar el régimen de concesión de las bajas y altas deportivas.

4. Las altas y bajas se incorporarán a la tarjeta de salud de deportista que, en su caso, disponga.

5. Los órganos disciplinarios y sancionadores no podrán considerar válidas las bajas deportivas que no se encuentren debidamente registradas en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Tampoco podrán considerar válidas aquellas bajas, debidamente registradas, que se hayan obtenido fraudulentamente.

6. El tratamiento y cesión de los datos de carácter personal a que se refieren los apartados anteriores se ajustará, íntegramente, a las disposiciones establecidas en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, teniendo en consideración que los datos de las y los deportistas obtenidos en los controles de dopaje y de salud, en los reconocimientos médicos, en los procedimientos de las autorizaciones de uso terapéutico y de las bajas deportivas requieren medidas de seguridad de nivel alto.

7. Las decisiones de los comités antidopaje en materia de altas y bajas deportivas podrán ser impugnadas ante la Administración Pública de la Comunidad Autónoma Vasca. Estas resoluciones agotarán la vía administrativa.

8. En el supuesto de que el resultado de un control de dopaje arroje un resultado analítico adverso, pero exista una baja deportiva debidamente registrada en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, se considerará por el comité antidopaje que el resultado es negativo y no se incoará el correspondiente expediente disciplinario o sancionador. Tampoco se incoará dicho expediente en el supuesto de que, existiendo la citada baja deportiva debidamente registrada, el o la deportista no realice el control de dopaje.

Artículo 16. *Controles de dopaje y controles de salud.*

1. A los efectos de esta ley, se entienden como controles de dopaje el conjunto de actividades realizadas por entidades y personas habilitadas por la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco cuya finalidad es averiguar la presencia o no de alguna sustancia prohibida susceptible de producir dopaje o de la utilización de un método

no reglamentario, detectados mediante procedimientos estandarizados en una muestra extraída a tal efecto. También se considerarán controles de dopaje todas aquellas actuaciones desarrolladas por los órganos antidopaje competentes para verificar el incumplimiento de la normativa antidopaje.

2. En todo caso, quedan incluidos en el ámbito de los controles de dopaje la planificación necesaria para su realización con garantías, la selección de deportistas a quienes efectuar los controles y bajo qué modalidad, la recogida y manipulación de muestras, los análisis de laboratorio, así como la gestión y custodia de los resultados obtenidos.

3. Las muestras a que se refiere el párrafo anterior serán de aire, orina, sangre o cualquier otro fluido o muestra de carácter menor, en la forma que se determine reglamentariamente. Esta determinación incluirá la forma en que se validan, a estos efectos, los procedimientos analíticos. Las muestras podrán ser objeto de análisis adicionales, antes de que el órgano antidopaje responsable de la gestión de resultados comunique al deportista o a la deportista los resultados analíticos de las muestras A y B.

4. A los efectos de esta ley, se entiende por controles de salud el conjunto de actuaciones que la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, las federaciones y demás entidades deportivas consideren oportunas para mejorar, controlar y prevenir los efectos contrarios a la salud que pueda producir la actividad deportiva en sus miembros así como para controlar el cumplimiento por las y los deportistas de las obligaciones derivadas de la ley en materia de dopaje y salud. Los resultados analíticos de los controles de salud no conllevarán sanciones disciplinarias o administrativas, aunque si podrán llevar aparejadas medidas de carácter deportivo o laboral establecidas por dichas entidades deportivas y podrán servir para la planificación de los controles de dopaje.

5. Tales controles de salud son independientes de los reconocimientos médicos que puedan realizar voluntariamente las y los deportistas profesionales al amparo de la legislación laboral para la protección de su salud.

6. Asimismo, la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco determinará, en los términos que establezcan las normas de desarrollo reglamentario de esta ley, aquellos supuestos en los que proceda la suspensión de licencia a una o un deportista por razones de salud.

7. Las condiciones y características que han de revestir las actuaciones de protección de la salud a las y los deportistas se determinarán reglamentariamente.

8. Tras haberse comunicado por un laboratorio que el resultado de un control de dopaje es negativo o que el resultado no ha dado lugar a una acusación de infracción de las normas de dopaje, la muestra podrá almacenarse y someterse a análisis nuevos o adicionales en cualquier momento tanto a instancia de la organización antidopaje titular del control antidopaje como de la Agencia Mundial Antidopaje. A tal efecto, se establece que el plazo máximo de conservación de muestras será de diez años desde la fecha de su recogida, por ser este el plazo de prescripción de eventuales infracciones. En tales supuestos, se deberá proceder conforme a lo previsto en los estándares internacionales que hayan sido establecidos en cada momento y publicados por la Agencia Mundial Antidopaje.

Artículo 17. *Planificación y gestión de los controles.*

1. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco determinará, de conformidad con lo indicado en el artículo anterior, los controles de dopaje, los controles de salud y demás actuaciones en materia de protección de la salud que deben ser realizados por las entidades a que se refiere esta ley.

2. Sin perjuicio de lo anterior, la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en función de las características del respectivo deporte y de la planificación que al respecto se establezca, podrá someter a las y los deportistas a controles dentro y fuera de competición, especialmente cuando integren o vayan a integrar las selecciones deportivas vascas. Estos controles tienen la consideración de adicionales respecto de los que puedan establecer las federaciones deportivas u otras entidades deportivas.

3. La realización de los controles y gestión de los datos en fases posteriores se llevarán a cabo con pleno respeto a los derechos fundamentales de la persona, a la protección de sus datos personales y a las mejores prácticas para la realización de dichas actividades.

Artículo 18. *Competencia para la realización de los controles.*

1. Con carácter general y sin perjuicio de las competencias de otras entidades previstas en esta ley, corresponde a las federaciones deportivas vascas y territoriales la realización de las actuaciones necesarias para llevar a cabo los controles respecto a las competiciones federadas que determine la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2. Cuando la insuficiencia de medios o la estructura de la propia federación así lo justifique, dicha función será realizada por la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

3. En los controles de dopaje realizados a las deportistas y los deportistas en el ámbito de aplicación de la presente ley, los análisis de las tomas de muestras deberán llevarse a cabo en laboratorios con acreditación internacional de la Agencia Mundial Antidopaje, homologados por el Estado o por la Comunidad Autónoma del País Vasco, o aprobados por dicha agencia, según establezca la legislación vigente. Los hechos relativos a las infracciones de las normas de dopaje podrán llegar a acreditarse a través de mecanismos de pruebas consistentes en controles forenses fiables realizados por laboratorios distintos a los acreditados u homologados por las autoridades antidopaje. Igualmente, los hechos relativos a las infracciones de las normas de dopaje podrán llegar a acreditarse a través de estudios forenses o parámetros relevantes en la orina, sangre u otra matriz del deportista o de la deportista cuyo uso estuviera autorizado y reconocido por la Agencia Mundial Antidopaje.

4. De acuerdo con los criterios establecidos en el Código Mundial Antidopaje, en cada competición deportiva sólo debe existir una organización responsable del control de dopaje.

5. Para la realización de controles fuera de competición a deportistas que se encuentran en el País Vasco para participar en competiciones internacionales, tendrán preferencia para la realización de aquellos controles las organizaciones deportivas internacionales.

6. Para la realización de controles fuera de competición a deportistas que se encuentran en el País Vasco para participar en competiciones oficiales de ámbito estatal, tendrán preferencia para la realización de aquellos controles las organizaciones de ámbito estatal.

7. Las muestras obtenidas en los controles de dopaje serán cedidas por el deportista o la deportista a la autoridad antidopaje que las tome, durante un periodo de diez años. Dichas muestras, que deberán ser debidamente conservadas, podrán ser objeto de análisis inmediatamente después de su recogida, o en cualquier momento posterior, a instancia, bien de la autoridad de dopaje que las tomó, bien de la Agencia Mundial Antidopaje, o bien de otra autoridad antidopaje que lo solicitara si acreditase justa causa, con el fin de detectar la sustancia y métodos prohibidos o para elaborar un perfil de los parámetros biológicos del deportista o de la deportista.

Artículo 19. *Publicidad de la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte.*

1. En el marco de los compromisos y obligaciones internacionales, la persona titular del departamento competente en materia de deporte, adicionalmente a la publicación que ordene la Administración General del Estado en el “Boletín Oficial del Estado”, ordenará la publicación en el “Boletín Oficial del País Vasco” de la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte. Esta publicación se producirá, además, en cada ocasión en que se introduzcan cambios en ella. La lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte se corresponde con la relación de aquellas o aquellos que pueden dar lugar a una infracción de las normas de dopaje.

2. El Gobierno Vasco establecerá formas adicionales de información y de consulta de la lista de sustancias y métodos prohibidos mediante su inserción en páginas digitales de instituciones y de entidades relacionadas con el deporte, así como por cualquier otro medio y soporte que faciliten el conocimiento, la difusión y la accesibilidad de la misma.

3. Las sustancias y métodos prohibidos que se encuentren incluidos en la lista vigente en cada momento podrán tener la consideración de específicos o no específicos. Tendrán la consideración de sustancias y métodos específicos los que, figurando como tales en la lista publicada en cada momento, lleguen a ser compatibles con una utilización o un uso sin fines directamente relacionados con la mejora del rendimiento deportivo.

4. Tendrán la consideración de sustancias de abuso aquellas que figuran específicamente como tales en la lista de prohibiciones vigente en cada momento. Para la calificación de una sustancia como de abuso a efectos de la normativa antidopaje, se tomará en consideración que en la sociedad se abuse de ella con frecuencia en contextos distintos a los deportivos.

CAPÍTULO III

Régimen disciplinario y administrativo sancionador del dopaje

Artículo 20. *Ámbito de aplicación del régimen disciplinario.*

1. El régimen de infracciones y sanciones por dopaje contenido en esta ley resulta de aplicación a todas aquellas personas sujetas a relaciones de especial sujeción a través de las licencias exigidas en el artículo 46 de la Ley 14/1998, del País Vasco, y a todas aquellas personas sujetas a relaciones de especial sujeción con las demás entidades deportivas que, domiciliadas en el País Vasco, desarrollen actividades deportivas sujetas a la presente ley o se sujeten voluntariamente a la misma.
2. Las infracciones cometidas en materia de dopaje con ocasión de competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal se regirán por las normas disciplinarias de ámbito estatal.
3. Las infracciones cometidas en materia de dopaje con ocasión de competiciones deportivas de ámbito internacional se regirán por las normas disciplinarias de ámbito internacional.
4. Las infracciones cometidas en materia de dopaje, con ocasión de controles en el ámbito de protección de los animales, se regirán por las normas sobre la materia, sin perjuicio de sus consecuencias en el ámbito deportivo reguladas en el presente régimen disciplinario.

Artículo 21. *Ámbito de aplicación del régimen administrativo sancionador.*

1. El régimen de infracciones y sanciones por dopaje contenido en esta ley será aplicable, en lo que resulte procedente, a las acciones u omisiones que tengan lugar en cualesquiera actividades deportivas, de carácter competitivo o no competitivo, que se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma del País Vasco, sin que sea necesaria la existencia de relaciones de especial sujeción. No obstante, quedan excluidas las acciones u omisiones que se produzcan con ocasión de competiciones deportivas oficiales de ámbito estatal o internacional organizadas por las federaciones deportivas internacionales o por las organizaciones olímpicas o paralímpicas internacionales.
2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entiende sin perjuicio de lo establecido en el artículo 32 de esta ley.

Artículo 22. *Responsabilidad de deportistas y de su entorno.*

1. Las y los deportistas se asegurarán que ninguna sustancia prohibida se introduzca en su organismo, siendo responsables en cualquier caso cuando se produzca la detección de su presencia en el mismo. El alcance de la responsabilidad será el determinado en el régimen disciplinario y administrativo sancionador que se establece en el presente capítulo.
2. Para determinar la responsabilidad de la o el deportista se seguirán los criterios establecidos en el Código Mundial Antidopaje.
3. El incumplimiento de la obligación establecida en el apartado primero de este artículo dará lugar a la exigencia de responsabilidades y a la adopción de las correspondientes medidas disciplinarias y sancionadoras de carácter administrativo, de conformidad y con el alcance previsto en los convenios internacionales ratificados por España, en la legislación estatal aplicable y en los artículos de esta ley.
4. Las y los deportistas, sus entrenadores y entrenadoras, el personal directivo, así como las entidades deportivas a las que esté adscrito la o el deportista y restantes personas del entorno del deportista, responderán del incumplimiento de las obligaciones impuestas en materia de localización habitual de deportistas.

5. Las y los deportistas, sus entrenadores y entrenadoras, médicos, médicas o personal sanitario y directivo, dirigentes, así como las entidades deportivas, y restantes personas del entorno de deportistas responderán por el incumplimiento de las disposiciones que regulan la obligación de facilitar a los órganos competentes información sobre las enfermedades de la o el deportista, tratamientos terapéuticos a que esté sometido, alcance y responsable del tratamiento, cuando aquél o aquélla haya autorizado la utilización de tales datos.

6. De igual forma, responderán por el incumplimiento o infracción de los requisitos establecidos para la obtención de las autorizaciones de uso terapéutico o para la formulación de las declaraciones de uso de glucocorticosteroides o de otras sustancias previstas en la normativa vigente.

Artículo 22 bis. *Suspensión provisional.*

1. Cuando se reciba, tanto en el ámbito del régimen disciplinario como en el ámbito del régimen administrativo sancionador, un resultado analítico adverso por un método prohibido o una sustancia prohibida distinta de una sustancia específica, se impondrá de inmediato y de forma motivada una suspensión provisional de la licencia, una vez que se ha producido la confirmación de que no se ha concedido ni se concederá una autorización de uso terapéutico, o de que no se ha producido una desviación aparente del estándar internacional para controles e investigaciones o del estándar internacional para laboratorios. Tal suspensión provisional también conllevará la imposibilidad de obtención de licencia y la prohibición de participación en competiciones deportivas durante el periodo de suspensión.

2. Una suspensión provisional no podrá ser adoptada sin llevar a cabo los procesos de revisión y notificación previstos en el Código Mundial Antidopaje o, si al o a la deportista no se le confiere la oportunidad de celebrar un trámite de audiencia previa a la imposición de la suspensión provisional o un trámite de audiencia posterior con carácter urgente.

3. El tiempo de suspensión provisional no podrá exceder de seis meses, salvo en el caso de paralización o dilación del procedimiento por causa imputable a la persona suspendida.

4. Podrá levantarse la suspensión provisional obligatoria si el o la deportista demuestra que en la infracción ha participado probablemente un producto contaminado.

5. Además de la suspensión provisional obligatoria, se podrá aplicar la suspensión provisional optativa en los supuestos y las condiciones previstos en el artículo 7.9.2 del Código Mundial Antidopaje.

6. Se podrá aceptar voluntariamente y por propia iniciativa cualquier suspensión provisional, siempre que se haga antes del vencimiento del último de los siguientes plazos:

a) Diez días desde la comunicación de los resultados del análisis de la muestra B o desde la renuncia a llevar a cabo el contraanálisis, o diez días desde la notificación de cualquier otra infracción de las normas antidopaje.

b) La fecha en la que el deportista o la deportista compita por primera vez desde la comunicación o notificación.

Otras personas distintas a los deportistas o las deportistas podrán también voluntariamente y por su propia iniciativa aceptar la suspensión provisional si lo hacen en el plazo de diez días desde que se les notificó la presunta infracción de la norma antidopaje.

La suspensión provisional voluntariamente aceptada tendrá los mismos efectos y será tratada de la misma manera que la impuesta en virtud de lo previsto en esta ley para los casos o supuestos acordados por la organización antidopaje. Si en cualquier momento posterior a la aceptación voluntaria la persona afectada renuncia a ella o la retira, no podrá llegar a acogerse a las consecuencias previstas en esta ley para tales casos de suspensión provisional.

Artículo 23. *Tipificación de infracciones.*

1. A los efectos de la presente ley, se consideran infracciones muy graves:

a) El incumplimiento de las obligaciones a que hace referencia el artículo 22.1 de esta ley, que dé lugar a la detección de la presencia de una sustancia prohibida, o de sus metabolitos o marcadores, en las muestras físicas de una o un deportista.

b) La utilización, uso o consumo de sustancias o métodos prohibidos o no autorizados en el deporte.

c) La resistencia o negativa, sin justa causa, a someterse a los controles de dopaje, dentro y fuera de la competición, cuando sean exigidos o requeridos por los órganos o personas competentes; así como la obstrucción, no atención, dilación indebida, ocultación y demás conductas que, por acción u omisión, impidan, perturben o no permitan atender los requerimientos formulados por órganos o personas competentes para la recogida de muestras o para la realización de cualesquiera otras actuaciones en los procedimientos de control y represión del dopaje.

d) El incumplimiento reiterado de las obligaciones a que hace referencia el artículo 22.4 de esta ley y de los requisitos relativos a la localización y disponibilidad de las y los deportistas para la realización de controles fuera de competición.

e) El incumplimiento de las obligaciones relativas a la información sobre tratamientos terapéuticos y obtención de autorizaciones para el uso terapéutico a que hacen referencia los apartados 5 y 6 del artículo 22 de esta ley, así como la negativa de la autorización para la inscripción de tales tratamientos terapéuticos referida en el artículo 14.1 y la vulneración de lo dispuesto en el artículo 48 de la presente ley.

f) La alteración, falsificación o manipulación de cualquier elemento de los procedimientos de control y de represión del dopaje.

g) La posesión de sustancias o la utilización de métodos prohibidos o no autorizados en el deporte, cuando se carezca de una autorización de uso terapéutico para su administración o dispensación, o cuando el volumen o cantidad de las sustancias, útiles o métodos sea injustificadamente elevado o desproporcionado para su administración o aplicación con fines terapéuticos.

h) La administración, dispensa, ofrecimiento, facilitación o suministro a deportistas de sustancias o la utilización de métodos no reglamentarios o prohibidos en la práctica deportiva.

i) La promoción, incitación, contribución, instigación o facilitación de las condiciones para la utilización de sustancias o métodos prohibidos o no reglamentarios, o cualquier otra actividad que aliente a las y los deportistas a que utilicen productos o realicen conductas no permitidas por las normas de control de dopaje o que tenga por objeto poner a disposición de los deportistas sustancias o métodos prohibidos o no autorizados en el deporte.

j) La colaboración o participación, por acción u omisión, en la puesta en práctica de los métodos no reglamentarios o en cualesquiera otras conductas que vulneren la normativa contra el dopaje.

k) El depósito, comercialización o distribución, bajo cualquier modalidad, en centros deportivos, de sustancias y métodos prohibidos en el deporte. Igualmente, se prohíbe incitar al consumo de sustancias y productos en los citados centros deportivos.

l) La obtención y uso de modo fraudulento de la baja deportiva y el incumplimiento o infracción de los requisitos establecidos, en su caso, para obtenerla y usarla.

m) La recepción de servicios o el establecimiento o mantenimiento de relaciones profesionales con cualquier persona que haya sido sancionada penal, disciplinaria o administrativamente por una infracción en materia de dopaje en los periodos en los que no resultase posible conforme a la normativa, siendo extensible a cualquier prestación de servicios o relación profesional relacionada con el deporte, medie o no retribución económica, y que pudiese servir para vincularse y recibir asesoramiento, tratamiento o colaboración. También se incluye en esta infracción la vinculación con aquella persona que actúe como encubridora o intermediaria de las personas con las que está prohibida la recepción de servicios o el establecimiento o mantenimiento de relaciones profesionales.

n) La realización de cualquier tipo de amenaza o acto de intimidación con la intención o propósito de disuadir de comunicar información relativa a una presunta infracción o incumplimiento relacionado con las normas antidopaje o con lo previsto en el Código Mundial Antidopaje o con la presente ley, así como tomar represalias contra quien, actuando de buena fe, haya informado a una organización antidopaje o autoridad competente. Igualmente, la realización de cualquier tipo de amenaza o acto de intimidación a cualquier persona que esté llevando a cabo una investigación de eventuales infracciones de las normas de dopaje actuando como miembro de una organización antidopaje.

2. Se consideran infracciones graves:

a) El incumplimiento de las obligaciones a que hace referencia el artículo 22.4 de esta ley y la vulneración de los requisitos relativos a la localización y disponibilidad de deportistas para la realización de controles fuera de competición, salvo que se cometan de forma reiterada, en cuyo caso se considerarán infracciones muy graves.

b) Las conductas descritas en las letras a), b), e) y g) del apartado anterior, cuando afecten, versen o tengan por objeto sustancias o métodos identificados en el correspondiente instrumento jurídico como de menor gravedad, salvo que se cometan de forma reiterada, en cuyo caso se considerarán infracciones muy graves.

c) La contratación, adjudicación, asignación o encomienda de la realización material de actividades sanitarias a personas o entidades que carezcan o tengan suspendida la licencia federativa o la habilitación equivalente, cuando este requisito resulte exigible para la realización de tales actividades; así como la realización material de las referidas actividades sin disponer de licencia federativa o habilitación equivalente o estando suspendida la que se hubiere obtenido.

d) La no llevanza de los libros obligatorios previstos en esta ley.

3. Las infracciones descritas en los apartados anteriores también se entenderán referidas, con las lógicas adaptaciones, a los supuestos de participación de animales en competiciones deportivas.

4. Tienen la consideración de infracciones las conductas indicadas en las letras b), f), h), i) y k) del apartado 1 de este artículo cuando fueran realizadas en grado de simple tentativa, aun cuando no se hubiesen consumado.

Artículo 24. *Sanciones a deportistas.*

1. Por la comisión de las infracciones muy graves previstas las letras a), b), e), g), h), i), j), k) y l) en el apartado primero del artículo 23, se impondrán, a reserva de cualquier reducción prevista en el artículo 28, las sanciones de suspensión, privación o imposibilidad de obtención de licencia federativa por un periodo de dos a cuatro años, y, en su caso, multa de 3.001 a 12.000 euros.

2. Para las infracciones previstas en el artículo 23.1.c) y f), el periodo de suspensión será de cuatro años, salvo que, en caso de no someterse a una recogida de muestras, la deportista o el deportista pueda demostrar que la infracción de las normas antidopaje se cometió de forma no intencionada, en cuyo caso el periodo de suspensión será de dos años.

En los demás casos previstos en tales preceptos, la sanción podrá comprender un periodo de entre dos y cuatro años, con base en las circunstancias excepcionales que fuesen acreditadas por parte del deportista o de la deportista, especialmente la culpabilidad o negligencia de la persona autora.

Un periodo de sanción de un máximo de dos años será impuesto a las infracciones previstas en este apartado cuando fuesen cometidas por personas aficionadas.

En el caso de quienes tengan la consideración de deportistas aficionados o aficionadas, el periodo de sanción será fijado con base en la culpabilidad o negligencia de la persona autora.

Cuando la infracción de las normas antidopaje no implique el uso o consumo de una sustancia de abuso y sea cometida por un deportista aficionado o una deportista aficionada, y por su parte se pueda demostrar que no hay culpabilidad o negligencia grave, la sanción consistirá, como mínimo, en una amonestación sin periodo de suspensión y, como máximo, en dos años de suspensión.

El régimen sancionador previsto en esta ley para quienes tengan la consideración de aficionados o aficionadas será igualmente aplicable a quienes tengan la condición de protegidos o protegidas.

3. Para las infracciones previstas en el artículo 23.1.d) el periodo de suspensión será, en principio, de dos años, con la posibilidad de reducción a un año, dependiendo del grado de culpabilidad del deportista o la deportista. La aplicación de una sanción reducida de uno a dos años no será de aplicación a las y los deportistas que por motivo de cambios de localización de última hora u otras conductas generen una grave y fundada sospecha de que intentan evitar el sometimiento a los controles.

4. En relación con las infracciones previstas en el artículo 23.1.h) e i) en las que esté involucrado un deportista o una deportista menor, y si es cometida por el personal de apoyo de los deportistas con sustancias no específicas, se impondrá la suspensión a perpetuidad.

5. Para las infracciones previstas en el artículo 23.1.m), el periodo de suspensión será, en principio, de dos años, con la posibilidad de reducción hasta un mínimo de un año, dependiendo del grado de culpabilidad del deportista o de la deportista y otras circunstancias del caso.

6. Por la comisión de las infracciones graves previstas en el apartado segundo del artículo 23 de esta ley, se impondrá la sanción de suspensión, privación o imposibilidad de obtención de licencia federativa por un periodo de tres meses a dos años, y, en su caso, multa de 1.500 a 3.000 euros.

7. En los supuestos en los que la deportista o el deportista, teniendo justificación médica suficiente para disponer de una autorización de uso terapéutico, no la haya solicitado, o haya caducado la vigencia de la anteriormente obtenida, se le impondrá la primera vez una amonestación, en el supuesto de que el control arroje un resultado analítico adverso. Lo anterior se entiende sin perjuicio de la sanción económica que se pueda imponer al club por su falta de diligencia en tales omisiones.

8. Cuando la infracción de las normas de dopaje se deba al uso o consumo de sustancias de abuso, y la persona infractora pueda demostrar que su ingesta ocurrió fuera de competición y no guarda relación con el rendimiento deportivo, el periodo de suspensión o inhabilitación será de tres meses. Dicho periodo de sanción podrá reducirse a un mes si se demuestra que la persona afectada ha seguido de manera satisfactoria un programa contra el uso indebido de sustancias establecido por las autoridades antidopaje. Si la ingesta, uso o posesión de sustancias de abuso tiene lugar durante la competición y el deportista o la deportista puede demostrar que el contexto en el que se produjo no tenía relación con el rendimiento deportivo, se considerará como una acción o conducta no intencionada a efectos de la determinación de la sanción.

9. Por la comisión de la infracción prevista en el artículo 23.1.n) de esta ley, y con base en la gravedad y circunstancias concurrentes, se impondrá la sanción de suspensión, privación o imposibilidad de obtención de licencia federativa por un periodo de entre dos años y la suspensión a perpetuidad.

Artículo 24 bis. *Sanciones por infracciones múltiples.*

1. En caso de una segunda infracción de las normas antidopaje, el periodo de suspensión será el más largo que resulte de los siguientes:

a) un periodo de suspensión o inhabilitación de seis meses; o

b) un periodo de suspensión o inhabilitación de una duración comprendida entre:

(I) la suma del periodo de suspensión o inhabilitación impuesto por la primera infracción de las normas antidopaje más el periodo que resultaría de aplicación en caso de que la segunda infracción se considerase primera infracción, y

(II) el doble del periodo de suspensión o inhabilitación que habría de aplicarse a la segunda infracción considerada como si fuera una primera, determinándose la duración de dicho periodo de sanción en función de la totalidad de las circunstancias y el grado de culpabilidad de la persona infractora en relación con la segunda infracción.

2. La existencia de una tercera infracción de las normas antidopaje siempre dará lugar a la suspensión a perpetuidad, salvo que la tercera infracción suponga una infracción del deber de localización y salvo que la tercera infracción reúna las condiciones de anulación o reducción de sanciones. En estos últimos casos, el periodo de suspensión será desde ocho años hasta la suspensión a perpetuidad.

3. Una infracción de las normas antidopaje en la que el o la deportista haya probado la ausencia de culpa o negligencia no se considerará una infracción anterior.

4. Una infracción de las normas antidopaje solo se considerará segunda infracción si se acredita que la persona ha cometido la infracción tras haber recibido notificación de la primera infracción o después de que el órgano antidopaje acredite que ha intentado realizar esa notificación en los términos establecidos en la normativa establecida al efecto.

Cuando el órgano antidopaje no consiga demostrar lo anterior, las infracciones deben considerarse en su conjunto como una infracción única y primera, y la sanción impuesta se basará en la infracción que suponga la sanción más severa.

5. Si, tras la resolución de una primera infracción, un órgano antidopaje descubre hechos relativos a una infracción de las normas antidopaje cometida antes de la notificación correspondiente a la primera infracción, el órgano antidopaje impondrá una sanción adicional basada en la sanción que se le podría haber impuesto si ambas infracciones hubieran sido determinadas al mismo tiempo.

6. Para que unas infracciones puedan ser calificadas como múltiples será preciso que se hayan producido en un periodo de diez años.

7. El periodo de suspensión podrá ser objeto de reducción adicional en los supuestos contemplados en el artículo 10.6 del Código Mundial Antidopaje.

8. El periodo de suspensión o inhabilitación impuesto con base en lo previsto en los dos primeros apartados de este artículo podrá llegar a ser reducido con posterioridad a la imposición de la sanción en el caso previsto en el artículo 35 de esta ley.

9. En los supuestos de infracciones múltiples de las normas de dopaje, se aplicarán los criterios previstos en el artículo 10.9.3 del Código Mundial Antidopaje.

Artículo 25. *Sanciones a los clubes y equipos deportivos.*

1. Por la comisión de las infracciones muy graves previstas en el apartado primero del artículo 23 de esta ley, se impondrán las sanciones de multa de 6.001 a 24.000 euros y, en su caso, pérdida de puntos o puestos en la clasificación o descenso de categoría o división. Cuando en las referidas conductas involucren a una o un menor de edad, o en caso de reincidencia, la sanción pecuniaria únicamente podrá tener carácter accesorio y se sancionará con multa de 24.001 a 50.000 euros.

2. Por la comisión de las infracciones graves contempladas en el apartado segundo del artículo 23 de esta ley, se impondrá la sanción de multa de 1.500 a 6.000 euros. Cuando se incurra por segunda vez en alguno de los ilícitos antes referidos, la conducta será calificada como infracción muy grave y dará lugar a la aplicación de las sanciones de multa de 6.001 a 24.000 euros y, en su caso, pérdida de puntos o puestos en la clasificación o descenso de categoría o división. Si se cometiere una tercera infracción, la sanción pecuniaria únicamente podrá tener carácter accesorio y se sancionará con multa de 24.001 a 50.000 euros.

Artículo 26. *Sanciones a técnicos, técnicas, jueces, juezas, árbitros, árbitras y demás personas con licencia deportiva, personal directivo, dirigentes o personal de federaciones deportivas, de ligas profesionales, de entidades organizadoras de competiciones deportivas de carácter oficial o no oficial, clubes o equipos deportivos.*

1. Por la comisión de las infracciones muy graves previstas en las letras b), c), d), e), f), g), j) y l) del apartado primero del artículo 23 de esta ley, se impondrán las sanciones de inhabilitación temporal para el desempeño de cargos deportivos o privación o suspensión de licencia deportiva o habilitación equivalente durante un período de dos a cuatro años y, en su caso, multa de 3.001 a 12.000 euros. Cuando en las referidas conductas esté involucrado o involucrada una o un menor de edad, o cuando se cometan por segunda vez, la sanción consistirá en la inhabilitación para el desempeño de cargos deportivos o privación o suspensión de licencia deportiva o habilitación equivalente a perpetuidad y, en su caso, la correspondiente sanción pecuniaria, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado tercero del artículo 28 de la presente ley.

2. Por la comisión de las infracciones muy graves previstas en las letras h) e i) del apartado primero del artículo 23 de esta ley, se impondrán las sanciones de inhabilitación para el desempeño de cargos deportivos o privación o suspensión de licencia deportiva o habilitación equivalente durante un período de cuatro a seis años y, en su caso, multa de 3.001 a 12.000 euros. Cuando en las referidas conductas se involucre una o un menor de edad, o cuando se cometan por segunda vez, la sanción consistirá en la inhabilitación para el desempeño de cargos deportivos o privación o suspensión de licencia deportiva o habilitación equivalente a perpetuidad y, en su caso, la correspondiente sanción pecuniaria, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado tercero del artículo 28 de la presente ley.

3. Por la comisión de las infracciones graves contempladas en el apartado segundo del artículo 23, se impondrá la sanción de suspensión o privación de licencia federativa por un período de tres meses a dos años y, en su caso, multa de 1.500 a 3.000 euros. Cuando se incurra por segunda vez en alguno de los ilícitos antes referidos, la conducta será calificada como infracción muy grave y dará lugar a la aplicación de las sanciones de inhabilitación para el desempeño de cargos deportivos o privación o suspensión de licencia deportiva o habilitación equivalente por un período de dos a cuatro años y, en su caso, multa de 3.001 a 12.000 euros. Si se cometiere una tercera infracción, la sanción consistirá en la inhabilitación para el desempeño de cargos deportivos o privación o suspensión de licencia deportiva o habilitación equivalente a perpetuidad y, en su caso, la correspondiente sanción pecuniaria, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado tercero del artículo 28 de la presente ley.

4. Las personas físicas o jurídicas que realicen las conductas tipificadas como infracciones en el presente capítulo, sin disponer de licencia o de habilitación equivalente, pero prestando servicios o actuando por cuenta de federaciones deportivas o entidades organizadoras de competiciones deportivas por delegación de las anteriores, sean oficiales o no, o las personas o entidades integradas dentro de dichas organizaciones, no podrán obtener licencia deportiva o habilitación equivalente, ni ejercer los derechos derivados de la licencia deportiva por un período equivalente a la duración de las sanciones de inhabilitación para el desempeño de cargos deportivos, privación o suspensión de licencia deportiva o habilitación equivalente.

Las federaciones deportivas y entidades organizadoras de competiciones deportivas, sean oficiales o no, adaptarán su normativa para incluir estas previsiones, que serán compatibles con la responsabilidad civil que en cada caso proceda y con la depuración de cualesquiera otras responsabilidades que resulten exigibles en virtud de lo dispuesto por esta ley.

5. Las sanciones previstas en este artículo serán aplicables a las personas propietarias y poseedores de animales que participen en pruebas deportivas y a todas aquellas que sean partícipes en la comisión de la correspondiente infracción.

6. Por la comisión de la infracción prevista en el artículo 23.1.n) de esta ley, y con base en la gravedad y circunstancias concurrentes, se impondrá la sanción de suspensión, privación o imposibilidad de obtención de licencia federativa por un periodo de entre dos años y la suspensión a perpetuidad.

Artículo 27. *Sanciones a médicos, médicas y demás personal sanitario de clubes o equipos.*

1. Los médicos y médicas de equipo y demás personal que realicen funciones sanitarias bajo licencia deportiva o habilitación equivalente y que incurran en alguna de las conductas previstas en las letras c), e), f), g), h), i), j), k) y l) del apartado primero del artículo 23 de esta ley, serán sancionados y sancionadas con privación o suspensión de licencia durante un período de dos a cuatro años y multa económica de 6.001 a 24.000 euros. Cuando en las referidas conductas se involucre una o un menor de edad, o cuando se cometan por segunda vez, la sanción consistirá en la privación de licencia federativa a perpetuidad y, en su caso, la correspondiente sanción pecuniaria, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado tercero del artículo 28 de la presente ley.

2. Los médicos y médicas de equipo y demás personal que realice funciones sanitarias bajo licencia deportiva o habilitación equivalente y que incurran en alguna de las conductas previstas en las letras h) e i) del apartado primero del artículo 23 de esta ley, serán sancionados y sancionadas con privación o suspensión de licencia federativa durante un período de cuatro a seis años y multa económica de 3.001 a 12.000 euros.

Cuando en las referidas conductas se involucre una o un menor de edad, o cuando se cometan por segunda vez, la sanción consistirá en la privación de licencia federativa a perpetuidad y, en su caso, la correspondiente sanción pecuniaria, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado tercero del artículo 28 de la presente ley.

3. Los médicos y médicas de equipo y demás personal que realice funciones sanitarias bajo licencia deportiva o habilitación equivalente, y que incurran en las conductas tipificadas como infracciones graves por el apartado segundo del artículo 23 serán sancionados y sancionadas con privación o suspensión de licencia federativa por un período de tres meses

a dos años y, en su caso, multa de 1.500 a 3.000 euros. Cuando se incurra por segunda vez en alguno de los ilícitos antes referidos, la conducta será calificada como infracción muy grave y dará lugar a la aplicación de las sanciones de suspensión o privación de licencia federativa por un período de dos a cuatro años y, en su caso, multa de 3.001 a 12.000 euros. Si se cometiere una tercera infracción, la sanción consistirá en la privación de licencia federativa a perpetuidad y, en su caso, la correspondiente sanción pecuniaria, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado tercero del artículo 28 de la presente ley.

4. Cuando el personal que realice funciones sanitarias incurra en conductas tipificadas como infracciones en el presente capítulo, sin disponer de licencia federativa o de habilitación equivalente, pero preste servicios o actúe por cuenta de federaciones deportivas, ligas profesionales o entidades organizadoras de competiciones deportivas o de personas o entidades integradas dentro de dichas organizaciones, no podrán obtener licencia deportiva o habilitación que faculte para realizar funciones sanitarias, ni ejercer los derechos derivados de la licencia deportiva por un período equivalente a la duración de las sanciones de privación o suspensión de licencia deportiva o habilitación equivalente. Las federaciones deportivas y entidades organizadoras de competiciones deportivas de carácter oficial, adaptarán su normativa para incluir estas previsiones, que serán compatibles con la responsabilidad civil que en cada caso proceda y con la depuración de las responsabilidades que resulten exigibles en virtud de lo dispuesto el presente capítulo.

5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior y de las responsabilidades que proceda exigir por las conductas tipificadas en el presente capítulo, los órganos disciplinarios comunicarán a los correspondientes colegios profesionales los actos realizados por el personal que realice funciones sanitarias.

6. Las sanciones previstas en este artículo serán aplicables a las y los veterinarios con relación a las pruebas deportivas con participación de animales en lo que resulte de aplicación.

7. Por la comisión de la infracción prevista en el artículo 23.1.n) de esta ley, y con base en la gravedad y circunstancias concurrentes, se impondrá la sanción de suspensión, privación o imposibilidad de obtención de licencia federativa por un periodo de entre dos años y la suspensión a perpetuidad.

Artículo 28. *Criterios para la imposición de sanciones en materia de dopaje.*

1. Cuando una o un deportista incurra por primera vez en una de las infracciones previstas en esta norma se le impondrá, aplicando el principio de proporcionalidad, las sanciones establecidas en el artículo correspondiente apreciando las circunstancias concurrentes.

Para la apreciación de las circunstancias concurrentes y la graduación de la sanción se utilizarán, en todo caso, los criterios establecidos en el Código Mundial Antidopaje.

2. Adicionalmente, y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 35 de esta ley, la graduación de las sanciones se hará atendiendo al criterio de proporcionalidad y de las circunstancias que concurran en cada caso, específicamente las que se refieren a la existencia de intencionalidad, conocimiento, grado de responsabilidad de sus funciones y naturaleza de los perjuicios causados, así como las demás que puedan servir para la modulación de la responsabilidad.

3. En caso de una segunda infracción muy grave, la sanción consistirá en la privación con carácter definitivo de licencia o habilitación equivalente, en la inhabilitación definitiva para el desempeño de cargos federativos o privación de licencia con carácter definitivo y, en su caso, la imposición de la correspondiente sanción pecuniaria en su cuantía máxima.

4. Los criterios para la aplicación de los periodos de suspensión previstos para las infracciones muy graves con sanción de dos a cuatro años serán los siguientes:

a) El periodo de suspensión impuesto por una primera infracción muy grave, cuando esté relacionada con sustancias calificadas como no específicas, será, en principio, de cuatro años. La persona podrá ser sancionada solo con dos años de suspensión si el deportista o la deportista puede acreditar que la infracción no fue intencionada.

b) El periodo de suspensión será de cuatro años cuando la infracción esté relacionada con una sustancia calificada como específica y él órgano antidopaje demuestre que fue intencionada. En otro caso, el periodo de suspensión será de dos años.

5. Para que la conducta sea considerada intencionada es necesario que el deportista o la deportista haya incurrido en una conducta que sabía que constituía una violación de las reglas antidopaje, o sabía que existía un riesgo significativo de que constituyera tal infracción haciendo caso omiso al mismo.

6. Una infracción de las normas antidopaje que resulte de un resultado analítico adverso por una sustancia prohibida solo en competición se presumirá, salvo prueba en contrario, como no intencionada si se trata de una sustancia no específica y el deportista o la deportista puede acreditar que dicha sustancia prohibida fue utilizada fuera de competición.

7. Cuando el deportista o la deportista o cualquier otra persona sometida a las normas antidopaje demuestren en un caso concreto que no existe conducta culpable o negligente por su parte no se aplicará el periodo de suspensión aplicable.

8. Si el deportista o la deportista puede demostrar que la sustancia prohibida detectada procedió de un producto contaminado, el periodo de suspensión consistirá, como mínimo, en una amonestación, y, como máximo, dos años de suspensión, dependiendo del grado de culpabilidad. Para la determinación del grado de culpabilidad se tendrá en consideración la declaración del producto contaminado por el deportista o la deportista en el formulario de control.

9. En caso de que el deportista o la deportista u otra persona sujeta a la presente ley admitan voluntariamente haber cometido una infracción de las normas antidopaje antes de haber recibido la notificación para la recogida de una muestra que podría probar la comisión de una infracción de las normas antidopaje, y que dicha confesión sea la única prueba fiable de la infracción en el momento de la confesión, podrá reducirse el periodo de suspensión, que no podrá ser inferior a la mitad del periodo de suspensión que podría haberse aplicado de otro modo.

10. En el caso de que el deportista o la deportista u otra persona potencialmente sujeta a una sanción de cuatro años por evitar o rechazar una toma de muestras o por alterar la prueba, confiese inmediatamente la existencia de la infracción de las normas antidopaje podrá ver reducido su periodo de suspensión hasta un mínimo de dos años, dependiendo de la gravedad de la infracción y del grado de culpabilidad.

11. Las sanciones previstas en los apartados anteriores llevarán asimismo aparejada la imposibilidad de participar en cualquier tipo de competición en instalaciones públicas del País Vasco durante el tiempo en que dure la suspensión, privación o imposibilidad de obtención de la licencia.

12. Cuando existan circunstancias agravantes que lo justificasen, la duración de la suspensión o inhabilitación podrá ser incrementada en un periodo adicional de hasta dos años, salvo que la persona afectada pueda acreditar la falta de intencionalidad en la comisión de la infracción. Lo previsto en este apartado no será de aplicación en las infracciones previstas en las letras h), i), k) y n) del artículo 21 de esta ley.

13. Cuando, sobre la base de lo previsto en la ley, proceda la imposición de sanciones de suspensión o inhabilitación cuya duración fuese igual o superior a cuatro años, el citado periodo podrá verse reducido en un año cuando la persona implicada admita la infracción y acepte el periodo de sanción propuesto, lo cual deberá ser realizado expresamente por su parte en el plazo máximo de veinte días tras la notificación de la eventual infracción. En tales casos, no podrá aplicarse otra reducción o minoración del periodo de la sanción conforme a circunstancias previstas en la ley.

14. Si una persona admite la comisión de la infracción y la sanción propuesta por la organización antidopaje, podrá llegar a reducirse el periodo de suspensión o inhabilitación con base en los criterios previstos en la ley. En tales casos se tomará en consideración la gravedad de la infracción, el grado de culpabilidad de la persona infractora y la prontitud en la admisión de la comisión de la infracción. Igualmente, en tales supuestos, el periodo de cumplimiento de la sanción podrá establecerse a partir de la fecha del control de dopaje del que resulte la infracción o, en otros casos, desde la fecha de la comisión de la infracción. En todo caso, en los supuestos previstos en el presente apartado de este artículo, la persona sancionada deberá llegar a cumplir al menos la mitad del periodo de sanción acordado a partir de la primera de las fechas en la que haya aceptado la imposición de una sanción o en la que haya acatado la suspensión provisional. En tales supuestos de reducción previstos en este apartado, no se podrá llegar a plantear recurso por la persona sancionada.

Artículo 29. *Imposición de sanciones pecuniarias.*

1. Las sanciones personales de multa, en los casos de deportistas, solo podrán imponerse cuando éstos obtengan ingresos, que estén asociados a la actividad deportiva desarrollada.

2. Las multas impuestas por la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco serán ejecutadas, en caso de impago, de forma forzosa según los términos establecidos en la legislación administrativa aplicable.

3. El producto de las multas recaudado por el procedimiento previsto en el apartado anterior constituye un ingreso de derecho público que se afecta al cumplimiento de los fines de investigación indicados en el artículo 10 y que permitirán generar a la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco los créditos necesarios para el desarrollo de dicha actividad, cuya realización material se llevará a cabo de conformidad con lo establecido en esta ley.

4. Solamente se podrán imponer sanciones económicas en los casos en los que el periodo máximo de suspensión ya se haya impuesto.

5. Los órganos antidopaje podrán contemplar en su propia normativa la recuperación de los gastos provocados por las infracciones antidopaje.

Artículo 30. *Consecuencias accesorias de la infracción y alteración de resultados.*

1. En los deportes individuales, la comisión de infracciones previstas en el presente capítulo implicará la retirada de premios o medallas, la anulación de los resultados individuales y la descalificación absoluta de la o el deportista en la prueba o competición en cuestión, en los campeonatos de los que forme parte o a los que esté vinculada la prueba o competición.

2. Además de la anulación automática de los resultados obtenidos en la competición durante la cual se haya producido el resultado adverso, todos los demás resultados obtenidos desde la fecha en la que se recogió la muestra o desde la fecha en que haya tenido lugar otra infracción de las normas antidopaje serán anulados, con todas las consecuencias que se deriven de ello, incluida la retirada de todas las medallas, puntos y premios, hasta el inicio de cualquier suspensión provisional o periodo de suspensión, salvo por razones de equidad.

3. En los deportes de equipo, y con independencia de las sanciones que puedan corresponder en virtud de lo dispuesto por el artículo 26 de la presente ley, los órganos disciplinarios deberán pronunciarse sobre la procedencia de alterar, en su caso, el resultado de los encuentros, pruebas, competiciones o campeonatos. Para ello ponderarán las circunstancias concurrentes y, en todo caso, la participación decisiva en el resultado del encuentro, prueba o competición de quienes hayan cometido infracciones en materia de dopaje tipificadas en la presente sección y la implicación de menores de edad en las referidas conductas.

4. Cuando por la naturaleza de la infracción sea posible, toda sanción que se impusiere llevará consigo el comiso de las sustancias y útiles que hayan producido o sean susceptibles de producir dopaje en el deporte. Las sustancias y útiles que hayan sido definitivamente decomisados por resolución sancionadora serán adjudicados a la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, hasta que, reglamentariamente, se determine el destino final de los mismos, todo ello, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 40 de la presente ley para el decomiso como medida cautelar.

5. Lo previsto en los apartados anteriores se entiende sin perjuicio de que terceros perjudicados puedan hacer valer sus derechos y ejercer acciones de responsabilidad para la reparación de los daños y perjuicios sufridos.

6. La organización antidopaje que, por haberse cometido una infracción de las normas antidopaje, haya recuperado un premio de carácter económico adoptará las medidas precisas para asignar y distribuir el premio entre las personas o entidades que hubiesen tenido derecho a él tras la alteración del resultado de las competiciones. Ello deberá llevarse a cabo, en su caso, tras la anulación de los resultados de las personas infractoras.

Artículo 31. *Eficacia de las sanciones y pérdida de la capacidad para obtener licencia deportiva.*

1. La imposición de sanciones relacionadas con el dopaje en el deporte constituye un supuesto de imposibilidad para obtener o ejercer los derechos derivados de las licencias deportivas emitidas al amparo de la normativa vigente en materia del deporte del País Vasco, y, especialmente, para participar en competiciones deportivas.

2. Cuando la sanción haya sido impuesta por un órgano diferente de los previstos en la presente ley, los afectados y afectadas podrán instar del Comité Vasco de Justicia Deportiva la declaración de incompatibilidad de la sanción impuesta con la de la presente ley, en lo que se refiere a los principios que informan la potestad sancionadora pública. Lo anterior se entiende sin perjuicio de la declaración de incompatibilidad que pueda realizarse por otras instancias competentes en la materia.

3. El procedimiento a seguir para efectuar esta reclamación se establecerá reglamentariamente.

4. Las y los deportistas que hayan sido sancionados en materia de dopaje deberán someterse a un control previo para la obtención de una nueva licencia o la reanudación de la actividad deportiva, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12.4 de la presente ley.

5. Las entidades que organicen actividades deportivas en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco aplicarán el principio general de reconocimiento mutuo de las sanciones por dopaje impuestas por otras organizaciones. Si una o un deportista tiene una sanción vigente por dopaje, con independencia de cuál sea el tipo de sanción, deberá impedirse su participación en las actividades deportivas a desarrollar en el País Vasco.

6. La inhabilitación impedirá, asimismo, que las administraciones deportivas del País Vasco reconozcan o mantengan a las y los deportistas en su condición de deportista de alto nivel o deportista promesa.

Artículo 31 bis. *Estatus durante una suspensión de licencia.*

1. Durante el periodo de suspensión de licencia ningún deportista u otra persona podrá participar, en calidad alguna, en ninguna competición o actividad organizada por alguna de las entidades signatarias del Código Mundial Antidopaje o de una organización de un miembro signatario. Queda exceptuada de esta prohibición la participación autorizada en programas educativos o de rehabilitación.

La prohibición anterior conlleva que la persona suspendida no podrá participar en entrenamientos, exhibiciones y actividades similares, ni ocupar cargos o responsabilidades o desarrollar funciones administrativas en organizaciones deportivas o en órganos antidopaje.

2. El o la deportista u otra persona a la que se le imponga un periodo de suspensión de más de cuatro años podrá, tras cuatro años de suspensión, participar en eventos deportivos no competitivos o en eventos deportivos locales en una modalidad deportiva que no sea en la que se haya cometido la infracción ni vinculada a ella. Tal participación solo será posible si el evento deportivo no supera el ámbito municipal o comarcal y se desarrolla a un nivel en el que la persona sancionada no pueda clasificarse directa o indirectamente para un campeonato de ámbito territorial superior, o siempre que no conlleve un trabajo con deportistas menores.

3. El o la deportista suspendida podrá regresar al entrenamiento con un equipo o al uso de las instalaciones deportivas de un club u otra entidad deportiva durante los dos últimos meses del periodo de suspensión del o de la deportista, o el último cuarto del periodo de suspensión impuesto, si ese periodo fuera inferior.

4. Las previsiones contenidas en este artículo también se aplicarán a las y los deportistas sin licencia que hayan sido sancionados con arreglo a esta ley con la imposibilidad temporal de obtención de licencia.

5. Durante el periodo de cumplimiento de la sanción, si se trata de un deportista o una deportista, la persona sancionada podrá ser sometida a controles de dopaje fuera de competición y podrá serle exigido el cumplimiento de ciertas obligaciones orientadas a la realización de tales controles, como la aportación de datos para su localización.

6. En caso de incumplimiento por la persona sancionada del deber de no participar en competiciones o actividades prohibidas durante el periodo de suspensión o inhabilitación que

le hubiese sido impuesto, los resultados logrados por su parte serán anulados. En tales casos, se añadirá al final del periodo de sanción original un nuevo periodo de suspensión o inhabilitación con una duración igual a la original o inicialmente impuesta.

Artículo 32. *Aplicación del principio non bis in ídem.*

1. El órgano disciplinario o sancionador suspenderá la tramitación del procedimiento cuando se adviertan indicios de delito. En tal caso, deberá dar conocimiento de los hechos de manera inmediata al Ministerio Fiscal.
2. Asimismo, el órgano disciplinario o sancionador suspenderá la tramitación del procedimiento cuando, concurriendo la triple identidad antes referida, tenga noticia de que los mismos hechos están siendo perseguidos en vía penal, sin perjuicio de su posterior reanudación si procediese.
3. Cuando el instructor o instructora tenga conocimiento de que se está siguiendo otro procedimiento sancionador por los mismos hechos, lo notificará al órgano sancionador de manera inmediata, el cual, sin paralizar el procedimiento, se pondrá en contacto con el órgano competente para resolver el procedimiento de referencia a fin de coordinarse para la eficaz aplicación de los preceptos pertinentes.

Sólo podrá recaer sanción administrativa y disciplinaria sobre el mismo hecho cuando no hubiere identidad de fundamento jurídico.

Artículo 33. *Causas de extinción de la responsabilidad.*

Las causas de extinción total o parcial, según proceda, de la responsabilidad son las siguientes:

a) Cumplimiento de la sanción. Las normas de desarrollo de la presente ley y las que puedan dictar las federaciones y entidades deportivas no podrán prever efecto adicional de ningún tipo para las y los deportistas que hayan cumplido su sanción.
b) Prescripción de la infracción. Los términos de la prescripción de la infracción son los previstos en el artículo siguiente.
c) Colaboración en la detección, localización y puesta a disposición de los organismos competentes de las personas o los grupos organizados que suministren, faciliten o proporcionen el uso de sustancias o la utilización de métodos prohibidos en el deporte por ser causantes de dopaje. En este caso la extinción será parcial.
d) Fallecimiento de la persona inculpada o sancionada.
e) Extinción de la persona jurídica inculpada o sancionada.
f) Prescripción de la sanción.
g) Condonación de la sanción.

Artículo 34. *Prescripción de las infracciones y las sanciones.*

1. No se podrá iniciar ningún proceso por infracción de las normas antidopaje contra una persona sometida a la presente ley, a menos que esa medida se tome dentro de un plazo de diez años desde la fecha en que se haya cometido la infracción.
2. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescribirán a los tres años, y las impuestas por faltas graves, a los dos años.
3. Interrumpirá la prescripción de las infracciones la iniciación, con conocimiento de la persona o entidad interesada, del procedimiento disciplinario o sancionador, reanudándose el plazo de prescripción si el expediente estuviera paralizado más de un mes por causa no imputable a la o el presunto responsable. No obstante lo anterior, se mantendrá la interrupción de la prescripción en caso de suspensión del procedimiento por alguna de las causas previstas en el artículo 32 de la presente ley, reanudándose su cómputo cuando haya transcurrido un mes desde que legalmente pueda retomarse el procedimiento.
4. Asimismo, interrumpirá el plazo de prescripción de las sanciones la iniciación del procedimiento conducente a la extinción de la sanción por colaboración, reanudándose cuando, terminado este sin concesión, haya transcurrido un mes desde su resolución.

Artículo 35. *Colaboración en la detección.*

1. La o el deportista podrá quedar exonerado parcialmente de responsabilidad administrativa y, en su caso, no se someterá a procedimiento disciplinario o sancionador si denuncia ante las autoridades competentes a las personas o entidades autoras o cooperadoras y coopera y colabora con la administración competente, proporcionando datos esenciales o testificando, en su caso, en el procedimiento o proceso correspondiente contra aquéllas. Para la aplicación de esta previsión, la denuncia y, en su caso, las pruebas que se acompañen, deberán tener entidad suficiente para permitir la incoación de procedimiento disciplinario o sancionador o, en su caso, la iniciación del correspondiente proceso judicial.

2. La exoneración prevista en el apartado anterior y la extinción total o parcial de la responsabilidad referida en la letra c) del artículo 33 de la presente ley, será proporcionada a los términos de la denuncia y la colaboración, su eficacia y solvencia jurídica para la lucha contra el dopaje. La competencia para apreciar la exoneración y la extinción total o parcial de las sanciones impuestas corresponderá, respectivamente, al órgano disciplinario o sancionador o al que adoptó la sanción en origen. No podrá concederse antes de la incoación del procedimiento o, en su caso, la iniciación del correspondiente proceso judicial, que se deriven de su denuncia y, en todo caso, requerirá informe de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, salvo que éste fuera el órgano competente.

3. Atendidas las circunstancias concurrentes en el caso, especialmente la ausencia de antecedentes de la o el deportista, el órgano disciplinario podrá, en los supuestos de exoneración y extinción parcial, suspender la ejecución de la sanción siempre que la misma constituya la primera sanción en materia de dopaje. En la adopción de esta medida, serán de aplicación los criterios previstos en el apartado anterior. La suspensión acordada quedará automáticamente revocada si la o el deportista fuese sometido a un procedimiento disciplinario posterior en materia de dopaje.

Artículo 36. *Competencia en materia sancionadora de carácter administrativo.*

1. El ejercicio de la potestad sancionadora de carácter administrativo en materia de represión del dopaje corresponderá a la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2. Lo anterior se entiende sin perjuicio de las competencias de otros órganos administrativos en materia de represión de dopaje en animales que participan en competiciones deportivas y de las competencias de otros órganos en virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana.

3. En lo no dispuesto en este artículo, se aplicarán los criterios relativos a la competencia en materia de procedimientos disciplinarios, criterios que se hallan contenidos en el artículo siguiente, siempre que resulten compatibles con la naturaleza de la potestad sancionadora de carácter administrativo.

Artículo 37. *Competencia en materia de procedimientos disciplinarios.*

1. La potestad disciplinaria en materia de dopaje corresponde a las federaciones deportivas del País Vasco y a las demás entidades en las que exista una relación de sujeción especial con ocasión de la participación de competiciones deportivas celebradas en el País Vasco.

2. La instrucción y resolución de los expedientes disciplinarios corresponde, inicialmente, a los órganos disciplinarios de las entidades antes citadas en los términos previstos en sus estatutos y reglamentos.

3. Los expedientes deberán ser resueltos por los órganos disciplinarios de las federaciones deportivas y demás entidades con las que exista una relación de sujeción especial en un plazo máximo de dos meses, a contar desde la comunicación fehaciente del último resultado obtenido por el laboratorio al órgano disciplinario.

Transcurrido dicho plazo sin que el expediente haya sido resuelto, cualquiera que sea el trámite en el que se encuentre, la competencia será asumida por la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que continuará los trámites previstos hasta su finalización y resolución. No obstante lo anterior y en razón de las circunstancias

concurrentes en un expediente concreto, Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrá prorrogar en un mes el periodo al que se refiere el apartado anterior, siempre que medie petición expresa anterior a la caducidad del plazo.

4. La instrucción y resolución de los expedientes disciplinarios que, por incumplimiento de las prescripciones de la presente ley, proceda llevar a cabo y que afecten al personal directivo de las federaciones deportivas y entidades con funciones análogas, corresponderá en única instancia administrativa al Comité Vasco de Justicia Deportiva. El procedimiento se sustanciará conforme a las normas establecidas en el ordenamiento jurídico vigente en materia de deporte del País Vasco, y su normativa de desarrollo.

5. El procedimiento disciplinario en materia de dopaje, incluida la fase de intervención de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, deberá concluir en el plazo máximo de seis meses a contar desde la adopción del acuerdo de incoación del procedimiento. El vencimiento del plazo establecido en este apartado, sin que se haya notificado resolución expresa, producirá la caducidad del procedimiento.

6. La gestión de los resultados de un control antidopaje recaerá, en principio, en el órgano antidopaje que haya iniciado o realizado la recogida de muestras. Si no hay recogida de muestras, la gestión recaerá en el primer órgano antidopaje que notifique primero al presunto infractor la vulneración de las normas antidopaje y que luego persiga diligentemente la infracción.

7. Si surge un conflicto entre órganos antidopaje acerca de cuál de ellas tiene competencia para gestionar los resultados, será la Agencia Mundial Antidopaje quien resuelva el conflicto.

8. En aquellos casos en que un órgano antidopaje que inicia y realiza la recogida de muestras tenga delegada la gestión de los resultados en otra entidad, se responsabilizará de confirmar que las normas de la organización delegataria se ajustan al Código Mundial Antidopaje.

9. La competencia para la gestión de resultados derivada de la infracción de las obligaciones derivadas de la localización del o de la deportista recaerá en el órgano antidopaje a la que el o la deportista debería haber remitido los datos de localización.

10. Si el o la deportista se retira en el transcurso de un procedimiento de gestión de resultados, el órgano antidopaje que lo lleve a cabo seguirá teniendo competencia para llevarlo a término.

Artículo 38. *Procedimiento disciplinario.*

1. El procedimiento disciplinario se iniciará por resolución del órgano disciplinario de la correspondiente entidad deportiva, tras la correspondiente acta de inspección o tras recibir los resultados de los análisis del laboratorio y tras realizar la correspondiente instrucción reservada con objeto de determinar con carácter preliminar si concurren circunstancias que justifiquen la incoación y para dictar la resolución en que se decida la incoación del expediente disciplinario o, en su caso, el archivo de actuaciones.

2. Los laboratorios adoptarán las medidas necesarias para que esta comunicación se realice en condiciones que permitan mantener el anonimato y la reserva de la identidad de la o el deportista.

3. Una vez cumplido el plazo de prescripción previsto en esta ley o cuando hubiera recaído resolución firme en el correspondiente procedimiento sancionador o disciplinario o causa penal, los laboratorios de control del dopaje no podrán mantener muestras vinculadas a una persona identificable. Las muestras deberán ser destruidas y solo podrán conservarse disociadas para fines de investigación si el deportista o la deportista expresa su consentimiento. En todo lo relacionado con la conservación y utilización de las muestras obtenidas con ocasión de controles de dopaje, resultará de aplicación lo expresamente previsto en los estándares internacionales establecidos en cada momento y publicados por la Agencia Mundial Antidopaje.

4. El procedimiento disciplinario se incoa e instruye de oficio en todos sus trámites. No obstante lo anterior, podrán denunciarse ante la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco aquellos hechos que proporcionen indicios de veracidad sobre la comisión de presuntas conductas o prácticas de dopaje. Admitida la denuncia por la

Administración, ésta podrá ordenar la realización de controles a los deportistas afectados, con carácter de medida previa a la incoación del correspondiente expediente disciplinario.

5. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco establecerá un procedimiento para mantener en secreto la identidad de la o el denunciante frente a quienes intervengan en los procedimientos disciplinarios y en las actuaciones previas a los mismos. Concluidas las actuaciones previas que, en cada caso, sean pertinentes, se dará traslado del expediente al órgano disciplinario competente para la incoación del procedimiento sancionador.

6. Los procedimientos en materia de dopaje se sustanciarán en sede federativa y demás entidades con las que exista una relación de sujeción especial, en única instancia, ante el órgano disciplinario competente en materia de dopaje que se designe en sus estatutos, sin que puedan ser objeto de recurso alguno dentro de las mismas, ya sea éste ordinario o potestativo. Su tramitación tendrá carácter de preferente, a fin de cumplir los plazos establecidos en esta ley.

7. Las sanciones impuestas por los órganos disciplinarios competentes son inmediatamente ejecutivas salvo que el órgano disciplinario o jurisdiccional, previa adopción de las garantías conducentes al aseguramiento de la eficacia de la resolución para el caso de una eventual desestimación, acuerde su suspensión.

8. La incoación del procedimiento y la resolución que ponga fin al mismo deberá ser objeto de comunicación a la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

9. Las normas procedimentales anteriores se aplicarán también al procedimiento administrativo sancionador en todo aquello que no sea incompatible con su naturaleza y características propias.

Artículo 38 bis. *Divulgación de sanciones.*

1. La identidad de cualquier deportista o persona sancionada por una infracción muy grave de alguna norma antidopaje deberá ser divulgada públicamente por el órgano antidopaje responsable de la gestión de resultados en el plazo máximo de veinte días desde la firmeza de la sanción. La persona sancionada deberá ser informada acerca de la mencionada divulgación.

2. El órgano antidopaje deberá divulgar la naturaleza de la infracción, la modalidad deportiva, la normativa antidopaje infringida, el nombre de la persona sancionada y las sanciones impuestas. La divulgación no contendrá datos sobre el método o sustancia empleada, salvo que resulte completamente imprescindible.

3. La publicación se realizará en el sitio web del órgano antidopaje, dejándola expuesta durante un mes o la duración de cualquier periodo de suspensión, si este fuese superior. Esta publicación no podrá mantenerse después de la finalización del plazo de duración de la sanción.

Deberán adoptarse medidas para evitar que la información publicada en Internet no pueda ser captada o indexada a través de motores de búsqueda.

En todo caso, se deberá advertir en la página web de la Agencia Vasca Antidopaje que la información publicada no podrá ser tratada posteriormente para fines distintos.

4. La divulgación prevista en este artículo no se realizará cuando la persona sancionada sea aficionada o protegida, exceptuando aquellos casos en los que razonadamente se valore la conveniencia y oportunidad de publicar las sanciones atendiendo a las circunstancias concurrentes en el caso concreto.

Artículo 39. *Potestad de inspección.*

1. Sin perjuicio de las competencias de otros órganos administrativos y judiciales del Estado, la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrá inspeccionar, con pleno respeto a los derechos fundamentales de la persona, los botiquines, bolsas de deportes, taquillas, autobuses y demás espacios que permitan guardar o albergar los productos y sustancias susceptibles de dar positivo en un control de dopaje así como instrumentos destinados a la aplicación de métodos prohibidos.

2. A los efectos del ejercicio de la potestad sancionadora por la Administración, se tendrá en cuenta el tipo de sustancias, el número de unidades, la justificación terapéutica, así como el resto de cuestiones directamente vinculadas a su ejercicio profesional.

3. Se establecerá reglamentariamente el contenido admisible de los botiquines y, específicamente, aquellos medicamentos y productos sanitarios que resultan necesarios para atender las contingencias derivadas de cualquier urgencia médica.

Artículo 40. *Decomiso.*

Las sustancias y productos susceptibles de producir dopaje en el deporte y los instrumentos o útiles empleados a tal fin podrán ser objeto de decomiso por las autoridades administrativas que inicien los correspondientes procedimientos sancionadores, como medida cautelar dentro de los mismos o como medida previa a dichos procedimientos sancionadores. En este segundo supuesto, el órgano instructor deberá ratificar esta medida en el curso de la tramitación del expediente.

CAPÍTULO IV

Medidas de prevención

Artículo 41. *Medidas de prevención.*

1. Para garantizar una lucha eficaz contra el dopaje en el País Vasco, la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco adoptará y promoverá medidas de prevención que comprenderán:

a) Programas de formación e información en el ámbito del deporte federado, escolar y universitario y de otras manifestaciones deportivas de carácter no competitivo. La oferta de programas se hará en las dos lenguas oficiales, y se priorizará el euskera en los programas para personas menores de 18 años.

b) Programas de investigación sobre los efectos de las sustancias y métodos dopantes en el organismo humano.

c) Programas de investigación sobre los sistemas eficaces de detección de las sustancias y métodos dopantes.

d) Programas de investigación sobre el dopaje desde diferentes perspectivas: culturales, sociológicas, éticas, deportivas, médicas, de género y cualesquiera otras análogas.

2. Los programas de formación e información irán dirigidos fundamentalmente a los clubes, federaciones, centros deportivos, centros escolares, deportistas, técnicos, técnicas, personal médico, educadores, educadoras, dirigentes y demás agentes deportivos, a fin de evitar que los valores del deporte como la igualdad de oportunidades, respeto y colaboración, la ética llevada a la práctica deportiva o el rendimiento saludable, sean amenazados por el dopaje y de impedir que las y los deportistas recurran a sustancias y métodos prohibidos en grave perjuicio de su salud. Dichos programas deberán garantizar una formación e información permanente y actualizada sobre:

a) Lista de sustancias y métodos prohibidos.

b) Procedimientos de control antidopaje.

c) Derechos y deberes de deportistas, clubes y cualesquiera otras personas que intervienen en los procedimientos.

d) Efectos nocivos de las sustancias y métodos prohibidos en el organismo humano.

3. Dentro de dichos programas de formación e información se prestará especial atención al mundo de las pruebas populares de gran exigencia física y a los usuarios y usuarias de los centros deportivos.

4. El Centro Vasco de Medicina del Deporte auxiliará a la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco en todas aquellas funciones que requieran su asistencia técnica.

5. Las diputaciones forales colaborarán con la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco en los programas de formación e información que se encuentren vinculados a sus competencias en materia deportiva.

Artículo 42. *Sistema de información sobre el dopaje en el deporte.*

1. La Administración pública de la Comunidad Autónoma vasca establecerá un sistema de información acerca del dopaje en el ámbito del deporte, que deberá estar habilitado para funcionar en las dos lenguas oficiales. Este sistema incluirá, entre otros aspectos, la variable de sexo en la recogida y explotación de los datos relativos a las y los deportistas y la realización de análisis diferenciados de las expectativas y opiniones de dichas personas, e introducirá indicadores de género.

2. El objetivo general del sistema de información será responder a las necesidades de los siguientes colectivos, con la finalidad que en cada caso se indica:

a) Autoridades deportivas: La información favorecerá el desarrollo de iniciativas y la toma de decisiones, proporcionándoles información actualizada y comparada de la evolución que experimenta la acción concertada de los poderes públicos y del sistema deportivo a favor de un deporte limpio de dopaje.

b) Profesionales: la información irá dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes. Incluirá directorios, memorias, resultados de estudios, evaluaciones de medicamentos, productos sanitarios y tecnologías, análisis de buenas prácticas, guías clínicas, recomendaciones y recogida de sugerencias.

c) Deportistas, entrenadores, directivos y clubes deportivos: la información contendrá información sobre sus derechos y deberes y los graves riesgos para la salud que el dopaje comporta, facilitará la toma de decisiones sobre estilos de vida, prácticas saludables y utilización de los servicios sanitarios, además de ofrecer la posibilidad de formular sugerencias acerca de los aspectos mencionados.

3. El sistema de información permitirá conocer las sustancias susceptibles de producir dopaje y los métodos prohibidos en el deporte, los datos de los expedientes disciplinarios o sancionadores incoados y las sanciones impuestas, con indicación de las sustancias detectadas, los análisis realizados en los distintos laboratorios e incorporará, como datos básicos, los relativos a población deportiva, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, así como las expectativas y opinión de las y los deportistas, todo ello desde una concepción integral de la lucha contra el dopaje en el deporte.

4. Asimismo, permitirá conocer los controles y demás pruebas realizadas al amparo de la protección de la salud de la o el deportista.

5. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, oída la Agencia Vasca de Protección de Datos, establecerá la definición y normalización de datos, la selección de indicadores y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información, con el fin de lograr la máxima fiabilidad de la información que se produzca.

6. El sistema de información estará a disposición de sus usuarios, que serán las administraciones públicas deportivas y sanitarias, las y los gestores y profesionales del deporte y de la sanidad, así como la propia ciudadanía, en los términos de acceso y de difusión que permitan las disposiciones vigentes en materia de protección de datos.

7. El acceso a los datos de los expedientes disciplinarios y sancionadores incoados, relativos a las sustancias detectadas y a los análisis realizados en los distintos laboratorios, quedará siempre limitado a los órganos competentes en relación con dichos expedientes. El acceso por otras organizaciones, personas o entidades a dichos datos deberá ir siempre precedido de la disociación de los datos de carácter personal para cuantos intervengan en el expediente.

8. Las entidades públicas y privadas correspondientes aportarán a este sistema de información los datos necesarios para su mantenimiento y desarrollo. Del mismo modo, las distintas administraciones públicas tienen derecho de acceder y disponer de los datos que formen parte del sistema de información y en la medida en que, estrictamente, lo precisen para el ejercicio de sus competencias.

9. El tratamiento y la cesión de datos, incluidos aquellos de carácter personal necesarios para el sistema de información, estarán sujetos a la legislación aplicable en materia de protección de datos de carácter personal.

10. Podrán ser cedidos o comunicados a los organismos internacionales públicos o privados que participen en la lucha contra el dopaje en el ámbito deportivo, y ello de acuerdo a la legislación vigente en materia de protección de datos personales.

Artículo 43. *Control de los productos susceptibles de producir dopaje.*

La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrá solicitar a los organismos competentes en materia de medicamentos, productos sanitarios y seguridad alimentaria que se adopten las medidas necesarias para conocer el ciclo productivo y de dispensación y comercialización de aquellos productos susceptibles de producir dopaje en el ámbito del deporte, considerando que, por sus circunstancias intrínsecas y su potencial afección a la salud pública, deban ser objeto de un especial seguimiento y control.

Artículo 44. *Productos nutricionales.*

La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco establecerá la implantación de mecanismos de información y de publicidad específicos de los productos nutricionales que, sin ser medicamentos, puedan producir en el ámbito del dopaje un resultado positivo o adverso.

Artículo 45. *Tarjeta de salud de deportista.*

1. La tarjeta de salud de deportista es un documento público que expedirá la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco a deportistas con las licencias federativas y universitarias y a aquellos otros colectivos de deportistas que se determinen reglamentariamente.

2. La tarjeta de salud tiene como finalidad principal que la o el deportista y el personal sanitario que le atiende dispongan de la mejor información clínica posible en el momento de decidir el tratamiento aplicable ante una dolencia o enfermedad.

3. La tarjeta de salud contendrá la información referida a la lengua de relación elegida por el o la deportista, al conjunto de reconocimientos médicos, controles de salud y de dopaje, realizados al o a la deportista desde la obtención de la correspondiente licencia, su resultado y las determinaciones médicas a tener en cuenta para su adecuada atención sanitaria. Asimismo, incluirá los datos de las autorizaciones de uso terapéutico concedidas y de las bajas laborales y deportivas que haya tenido el deportista. Se determinará reglamentariamente el alcance de esta información y la forma de transmisión de la documentación correspondiente, debiendo respetarse necesariamente la elección lingüística del deportista.

4. Los datos contenidos en la tarjeta de salud sólo podrán ser utilizados, por los deportistas titulares de la tarjeta y, con su consentimiento, por el personal sanitario que le atienda.

5. En materia de control de dopaje no cabe el acceso a los datos de la tarjeta de salud de deportista sin su consentimiento.

6. Los datos que contiene la tarjeta de salud serán suministrados por la o el deportista, por el personal sanitario que le atienda, por los órganos disciplinarios competentes y, en su caso, por el equipo por el que tenga suscrita la licencia correspondiente.

7. La tarjeta de salud de deportista podrá estar en un mismo soporte físico que permita el acceso a otras tarjetas o servicios siempre que las medidas de seguridad impidan a terceras personas o entidades el acceso indebido a los datos que obren en la tarjeta de salud de deportista. Aquel soporte físico funcionará como llave de acceso a la base de datos inherente a la tarjeta de salud de deportista pero no contendrá datos de salud de la o el deportista.

8. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco establecerá y será responsable del mantenimiento, con las debidas garantías de seguridad, del soporte digital que posibilite la recogida e intercambio de datos, así como de que su utilización sea conforme a las previsiones de esta ley.

9. La cesión de los datos que forman parte de la base de datos inherente a la tarjeta sólo podrá realizarse en los supuestos y condiciones que determine la normativa que regula el derecho fundamental a la protección de los datos personales.

10. Será de aplicación al sistema que confeccione y permita la utilización de la tarjeta de salud las medidas de seguridad de nivel alto establecidas en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

CAPÍTULO V

Régimen de los datos relativos al dopaje

Artículo 46. *Confidencialidad de los datos.*

1. El personal que desempeñe las funciones de control del dopaje, así como las y los miembros de los órganos de entidades deportivas y su personal, deberán guardar la confidencialidad y el secreto respecto de los asuntos que conozca por razón de su trabajo.
2. Los datos, informes o antecedentes obtenidos en el desarrollo de sus funciones sólo podrán utilizarse para los fines de control del dopaje y, en su caso, para la denuncia de hechos que puedan ser constitutivos de infracción disciplinaria, administrativa o de delito. Dicho personal queda autorizado para la cesión de dichos datos, informes o antecedentes en caso de denuncia de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.
3. Reglamentariamente se regulará el sistema de autorización previa del deportista a la cesión de datos en el momento de obtener su licencia.

Artículo 47. *Autorización de cesión de datos.*

Los datos y ficheros relativos a los controles de dopaje podrán ser cedidos, en los términos previstos en la legislación vigente en materia de protección de datos, a los organismos públicos o privados que participen en la lucha contra el dopaje en el ámbito deportivo, en el marco de lo que dispongan los compromisos internacionales legalmente vinculantes.

Artículo 48. *Obligación de declaración de datos relativos a los productos y métodos susceptibles de producir dopaje en el deporte.*

1. Los equipos que participen en competiciones que se celebren en el País Vasco e incluidas en el ámbito material de esta ley, están obligados a llevar un libro registro, en los términos que reglamentariamente se determine, en el que quede constancia fehaciente de los productos que se han dispensado o recetado a las y los deportistas, los métodos prohibidos utilizados, el médico que ordena u autoriza dicha utilización, periodo y forma de prescripción.
2. Las y los deportistas, equipos deportivos y las y los directivos extranjeros que los representen están obligados, cuando entren en el País Vasco para participar en una actividad deportiva, a remitir a la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco, debidamente cumplimentados, los formularios que la misma establezca, en los que se identifiquen los productos que transportan para su uso, los instrumentos que permiten la aplicación de métodos prohibidos, las unidades de los mismos y el médico responsable de su administración. También se entenderá cumplida la citada obligación si se ha acredita que la remisión de los formularios se cumplió con la Agencia Estatal Antidopaje.

CAPÍTULO VI

Federaciones deportivas internacionales y demás entidades que rigen, en el ámbito internacional, la actividad deportiva

Artículo 49. *Controles de dopaje a realizar en competiciones internacionales que se celebren en Euskadi.*

1. La responsabilidad de la ordenación y realización de controles de dopaje en las competiciones internacionales celebradas en Euskadi corresponde al Comité Olímpico Internacional o a las federaciones deportivas o instituciones internacionales que,

respectivamente, las organicen o a aquellas federaciones o entidades en las que éstas deleguen la citada organización.

2. Asimismo, les corresponde el ejercicio de la potestad disciplinaria, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 31.2 de la presente ley, en relación con la eficacia de las sanciones que los citados organismos internacionales puedan imponer.

3. La realización efectiva de controles de dopaje en competiciones internacionales celebradas en Euskadi requerirá una comunicación previa a la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Artículo 50. *Controles de dopaje fuera de competición a deportistas nacionales o extranjeros que compitan en Euskadi.*

1. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrá ordenar, sin menoscabo de las competencias que puedan tener otras organizaciones antidopaje, la realización de controles fuera de competición a deportistas nacionales o extranjeros que compitan en Euskadi.

2. A los efectos oportunos, los resultados analíticos serán comunicados a la respectiva federación deportiva internacional, a la Agencia Mundial Antidopaje y a aquellas organizaciones antidopaje que también resulten competentes.

Artículo 51. *Controles de dopaje fuera de competición, realizados en Euskadi a deportistas con licencia por parte de organizaciones internacionales.*

1. La realización de estos controles exige que, con carácter previo, se notifique a la Administración Publica de la Comunidad Autónoma del País Vasco y a la Agencia Estatal Antidopaje la propuesta de realización de los mismos y las condiciones materiales de su realización. Sólo podrán llevarse a cabo estos controles si cumplen los requisitos establecidos en esta ley.

2. Las organizaciones deportivas internacionales y la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrán suscribir acuerdos y convenios de colaboración, para que sea ésta última quien realice, materialmente, los controles de dopaje que aquéllas tengan que llevar a cabo en Euskadi.

Artículo 52. *Efectos en Euskadi de las sanciones impuestas por las organizaciones internacionales a deportistas y demás personas con licencia.*

Las sanciones impuestas por organizaciones internacionales a deportistas y demás personas con licencia se aplicarán en Euskadi y conllevarán la inhabilitación para participar en competiciones en Euskadi, salvo que el Comité Vasco de Justicia Deportiva, a instancia de la persona sancionada, declare la sanción como contraria al ordenamiento jurídico. Lo anterior se entiende sin perjuicio de las competencias para revisión de sanciones que puedan ostentar otras instancias competentes en la materia.

Disposición adicional primera.

1. Se habilita al Gobierno Vasco para dictar las disposiciones que fueran necesarias en la adaptación o aplicación de las previsiones recogidas en la presente ley al ámbito específico de la prevención, control y represión del dopaje en animales que participen en competiciones deportivas. Dichas disposiciones deberán contemplar, como mínimo, las siguientes particularidades:

a) Criterios de aprobación de una lista específica de sustancias y métodos prohibidos para los animales. La lista emanada de las autoridades deportivas no deberá coincidir necesariamente con la lista aprobada por las autoridades competentes en materia de salud animal.

b) Requisitos generales de los laboratorios que deben proceder al análisis de las muestras.

c) Tipos de control de dopaje y de salud y el procedimiento para llevarlos a cabo.

d) Régimen de autorizaciones de uso terapéutico y, en su caso, declaraciones de uso.

e) Régimen de habilitación de veterinarios y veterinarias y demás personal que deba intervenir en los controles.

2. Los resultados de los análisis realizados en los procesos de control de dopaje y de salud de los animales al amparo de la normativa deportiva y al amparo de la normativa de protección de animales deberán ser comunicados entre los órganos competentes en ambas materias en los términos que se fijen reglamentariamente.

3. Los departamentos del Gobierno Vasco competentes en materia de deportes y de sanidad animal, así como los órganos forales de los territorios históricos competentes en materia de protección de animales, implantarán, de acuerdo con las normas reglamentarias previstas en los apartados anteriores, los mecanismos de coordinación y colaboración pertinentes para alcanzar la necesaria eficacia en el control de dopaje y de salud a animales que participen en competiciones deportivas.

Disposición adicional segunda.

La Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco podrá establecer con el Estado, a través de los correspondientes instrumentos de colaboración, fórmulas para la implantación de un sistema de mutua información y para la expedición, reconocimiento o realización de la tarjeta de salud de deportista y para la habilitación de los médicos y médicas, veterinarios y veterinarias y demás personal que deba intervenir en los controles.

Disposición adicional tercera.

1. Las y los profesionales sanitarios y cualesquiera profesionales que faciliten, colaboren, prescriban o dispensen sustancias y productos susceptibles de producir dopaje en el ámbito de la actividad deportiva, o propicien la utilización de métodos no reglamentarios o prohibidos en el deporte, sin cumplir con las formalidades prescritas en sus respectivas normas de actuación y en las previstas en esta ley, incurrirán en responsabilidad disciplinaria. Las conductas descritas anteriormente serán constitutivas de infracción muy grave y serán sancionadas de acuerdo con las respectivas normas de sus colegios profesionales.

2. A los efectos de dar cumplimiento a lo previsto en el apartado anterior, los colegios profesionales del País Vasco que resulten afectados por la presente ley deberán modificar sus estatutos y reglamentos para tipificar, expresamente, las responsabilidades previstas en la presente disposición. Esta adaptación deberá realizarse en el plazo máximo de un año a contar desde el día siguiente a la publicación de la presente ley.

Disposición adicional cuarta.

A partir de la entrada en vigor de la presente ley todas las referencias a la cartilla sanitaria de deportista se entenderán realizadas a la tarjeta de salud de deportista.

Disposición adicional quinta.

1. Las licencias federativas y universitarias podrán ir incorporadas en soportes electrónicos que permitan el acceso a la tarjeta de salud de deportista, aunque mantendrán en todo caso una individualidad propia, y dispondrán de las medidas de seguridad necesarias para impedir un acceso indebido a los datos propios de dicha tarjeta de salud de deportista.

2. Las licencias federativas que estén incorporadas a las tarjetas electrónicas citadas estarán dispensadas de ofrecer, en su formato físico externo, los datos exigidos en el Decreto 16/2006, de 31 de enero, de federaciones deportivas. Lo anterior se entiende sin perjuicio del deber de informar por otras vías a los federados y federadas sobre los seguros incorporados a las licencias, el desglose de las cuotas abonadas y demás extremos contemplados en las disposiciones reglamentarias aplicables.

Disposición adicional sexta.

Las y los organizadores de aquellas competiciones deportivas de gran exigencia física que se determinen mediante orden por el departamento competente del Gobierno Vasco en

materia de deporte, deberán exigir a las y los participantes la acreditación de la aptitud física mediante la certificación del correspondiente reconocimiento médico en los términos que se determinen reglamentariamente.

Disposición adicional séptima.

1. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco ordenará la publicación en el «Boletín Oficial del País Vasco» de la lista de las competiciones deportivas no federadas que podrán ser objeto de la realización de controles de dopaje a sus deportistas.

2. Las y los participantes en dichas competiciones deportivas podrán ser sometidos o sometidas a controles de dopaje aunque en este caso no tendrán que cumplir las obligaciones documentales e informativas previstas en esta Ley para las y los deportistas con licencia federada. El desarrollo reglamentario de la presente ley establecerá el régimen especial de control de dichos participantes sin licencia federada con arreglo a los siguientes criterios:

a) Las y los participantes no tendrán la obligación de solicitar autorizaciones de uso terapéutico ni de formular declaraciones de uso de glucocorticosteroides y demás sustancias sujetas a tal declaración.

b) Las y los participantes deberán informar al personal médico de su condición de deportista y de su obligación de no consumir o utilizar sustancias o métodos prohibidos en la reglamentación deportiva y asegurarse, en la medida de sus posibilidades, de que el tratamiento terapéutico prescrito no viola las normas antidopaje.

c) Las y los participantes deberán indicar, en el momento de realizar el control, los tratamientos médicos a que estén sometidos o sometidas, responsables de los mismos y el alcance del tratamiento.

d) Las y los citados participantes podrán ser inhabilitados e inhabilitadas para participar en pruebas deportivas por razones de protección de su salud en los términos que establezcan las normas de desarrollo reglamentario de esta ley. Asimismo, podrán ser descalificados o descalificadas de las pruebas en las que hubiesen participado con pérdida de los derechos deportivos y económicos derivados de las mismas.

e) A los citados deportistas no se les aplicará el régimen de infracciones y sanciones previstas en la presente ley.

3. Los reglamentos de los citados campeonatos contemplarán expresamente el dopaje en el deporte como infracción muy grave o grave.

4. La aplicación del régimen especial sólo procederá subsidiariamente en el supuesto de que los organizadores no se hayan sometido de forma voluntaria, a través de sus reglamentos, al régimen general previsto en la ley para el deporte federado.

Disposición adicional octava.

Se establece un plazo de seis meses desde la publicación de la presente ley para aprobar las disposiciones de carácter reglamentario a las que se hace mención a lo largo de la misma.

Disposición transitoria primera.

Los procedimientos sancionadores, tanto en vía disciplinaria como en vía administrativa, incoados con anterioridad a la vigencia de esta ley se seguirán tramitando conforme a la normativa aplicable al momento de la iniciación, salvo por lo que se refiere a los efectos que pudieran ser favorables a las y los interesados.

Disposición transitoria segunda.

Mientras la Administración Pública de la Comunidad Autónoma del País Vasco no conceda las habilitaciones previstas en la presente ley podrán actuar como personas habilitadas en los equipos de recogida de muestras para los controles de dopaje quienes acrediten disponer de las habilitaciones previstas en el Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, por la que se regulan los procesos de control de dopaje y los laboratorios de análisis

autorizados, y por el que se establecen medidas complementarias de prevención del dopaje y de protección de la salud en el deporte, o disposición que lo modifique o sustituya.

Disposición derogatoria.

1. Quedan derogados los siguientes preceptos de la Ley 14/1998, de 11 de junio, del Deporte del País Vasco:

La letra e) del artículo 81.
El capítulo V del título VII.
La letra ñ) del artículo 109.
La letra h) del artículo 127.

2. Quedan derogadas, asimismo, todas aquellas disposiciones de igual o inferior rango que contradigan lo dispuesto en esta ley.

Disposición final primera.

Se modifica el artículo 4.2.v) de la Ley 14/1998, de 11 de junio, del Deporte del País Vasco, que quedará redactado en los siguientes términos:

«La regulación de la tarjeta de salud de deportista.»

Disposición final segunda.

Se modifica el artículo 83 de la Ley 14/1998, de 11 de junio, del Deporte del País Vasco, que quedará redactado en los siguientes términos:

«1. El departamento del Gobierno Vasco competente en materia deportiva regulará la exigencia y el cumplimiento de la práctica de reconocimientos médicos obligatorios de las y los deportistas al objeto de controlar su aptitud física. Tales reconocimientos serán preceptivos para el otorgamiento de licencias federativas, escolares y universitarias y para la participación en aquellas actividades de gran exigencia física que determine el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de deportes.

2. Los datos de los reconocimientos médicos así como otras informaciones relacionadas con la salud de deportistas serán incorporados a la tarjeta de salud de deportista en los términos que se establezcan reglamentariamente.»

Disposición final tercera.

Se habilita al Gobierno Vasco para adaptar el régimen sancionador y disciplinario previsto en esta ley en lo referente a la cuantía de las sanciones y reglas de aplicación de las mismas a las normas emanadas por los organismos internacionales y a la legislación estatal que, en su caso, resulte aplicable.

Disposición final cuarta.

Las federaciones deportivas y cualesquiera organizaciones deportivas a las que resulte de aplicación la presente ley procederán, en el plazo de un año, a contar desde el día siguiente al de la publicación de la ley, a la adaptación de sus Estatutos y Reglamentos.

Disposición final quinta.

La presente Ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del País Vasco».

ANEXO

Definiciones

Instituciones

Mundo

1. Agencia Mundial Antidopaje (AMA): Fundación creada y regida por el Derecho suizo para combatir el dopaje en el deporte.

2. Organización antidopaje: La Agencia Mundial Antidopaje o un signatario que es responsable de la adopción de normas para iniciar, poner en práctica o exigir el cumplimiento de cualquier parte del proceso de control del dopaje. Esto incluye, por ejemplo, al Comité Olímpico Internacional, al Comité Paralímpico Internacional, a otras organizaciones responsables de grandes eventos deportivos que realizan controles en eventos de los que sean responsables, a la Agencia Mundial Antidopaje, a las federaciones internacionales y a las organizaciones nacionales antidopaje.

3. Organizaciones responsables de grandes eventos: Las asociaciones continentales de comités olímpicos nacionales y otras organizaciones multideportivas internacionales que funcionan como organismo rector de un evento continental, regional o internacional.

4. Signatarios: Aquellas entidades firmantes del Código Mundial Antidopaje y que acepten implementar el código, de acuerdo con lo previsto en el artículo 23 del Código Mundial Antidopaje.

5. Tribunal de Arbitraje Deportivo: Institución independiente para la solución de controversias relacionadas con el deporte a través del arbitraje o la mediación por medio de normas de procedimiento adaptadas a las necesidades específicas del mundo del deporte.

Estado

6. Agencia Estatal Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD): Organización nacional antidopaje de España. Es el organismo público a través del cual se realizan las políticas estatales de lucha contra el dopaje.

7. Comité Olímpico Nacional: La organización reconocida como tal por el Comité Olímpico Internacional.

8. Comité Sancionador Antidopaje: Órgano competente para resolver los expedientes sancionadores por infracciones de dopaje previstos en esta ley.

9. Organización nacional antidopaje: La entidad o entidades designadas por cada país como autoridad principal responsable de la adopción y la puesta en práctica de normas antidopaje, de la recogida de muestras, de la gestión de los resultados y de la tramitación del procedimiento sancionador a nivel nacional. En España es la Agencia Estatal Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte.

Autonomía

10. Organización Autonómica Antidopaje: La entidad o entidades designadas por una comunidad autónoma como autoridad principal responsable de la adopción y la puesta en práctica de normas antidopaje, de la recogida de muestras, de la gestión de los resultados y de la tramitación del procedimiento sancionador a nivel autonómico. En el País Vasco es la Agencia Vasca Antidopaje.

Euskadi

11. Agencia Vasca Antidopaje (AVA): Organización antidopaje del País Vasco. Es el organismo público a través del cual se realizan las políticas autonómicas del País Vasco de lucha contra el dopaje.

12. Tribunal Administrativo Vasco del Deporte (Comité Vasco de Justicia Deportiva): Órgano de ámbito autonómico, adscrito orgánicamente al Gobierno Vasco, que actúa con independencia de este, creado en virtud de lo previsto en la legislación deportiva vasca.

Normas

13. Código: El Código Mundial Antidopaje y las definiciones que se contienen en el anexo que le acompaña para su interpretación.

14. Consecuencias de la infracción de las normas antidopaje (“consecuencias”): La infracción por parte de un deportista o una deportista o de otra persona de una norma antidopaje puede suponer alguna o varias de las consecuencias siguientes:

a) Anulación significa la invalidación de los resultados de un deportista o una deportista en una competición o acontecimiento concreto, con todas las consecuencias resultantes, como la retirada de las medallas, los puntos y los premios.

b) Suspensión significa que se prohíbe al deportista o a la deportista o a otra persona, durante un periodo de tiempo determinado o a perpetuidad, participar, en calidad alguna, en cualquier competición o actividad y obtener financiación.

c) Suspensión provisional significa que se prohíbe temporalmente al deportista o a la deportista u otra persona participar en cualquier competición o actividad hasta que se dicte la decisión definitiva en el procedimiento sancionador.

d) Consecuencias económicas significa una sanción económica impuesta por una infracción de las normas antidopaje o con el objeto de resarcirse de los costes asociados a dicha infracción.

e) Divulgación o información pública significa la difusión o distribución de información al público general o a personas no incluidas en el personal autorizado a tener notificaciones previas en los deportes de equipo. Los equipos también podrán ser objeto de las consecuencias previstas en la presente ley.

15. Convención de la Unesco: Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte adoptada durante la 33.ª sesión de la Asamblea General de la Unesco el 19 de octubre de 2005, que incluye todas y cada una de las enmiendas adoptadas por los Estados parte firmantes de la convención y por la Conferencia de las Partes signatarias de la Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte.

16. Norma internacional: Norma adoptada por la Agencia Mundial Antidopaje en apoyo del Código Mundial Antidopaje. El respeto de la norma internacional, en contraposición a otra norma, práctica o procedimiento alternativo, bastará para determinar que se han ejecutado correctamente los procedimientos previstos en la norma internacional. Entre las normas internacionales se incluirá cualquier documento técnico publicado de acuerdo con dicha norma internacional.

Agentes

17. Deportista: Cualquier persona que haya obtenido una licencia deportiva o se encuentre en proceso de obtenerla o tuviese expectativas de solicitarla.

18. Deportista aficionado o aficionada: Deportista que no es de nivel nacional ni internacional. La Agencia Vasca Antidopaje tiene potestad para aplicar las normas antidopaje a un deportista o una deportista aficionada. En relación con estos o estas deportistas, la organización antidopaje podrá elegir entre realizar controles limitados o no realizarlos en absoluto; no utilizar la totalidad de la relación de sustancias prohibidas al analizar las muestras; no requerir información, o requerir información limitada, sobre la localización; o no requerir una autorización terapéutica por adelantado. Sin embargo, si un deportista o una deportista sobre el cual o la cual una organización antidopaje ha decidido ejercer su competencia de control y que compite a un nivel inferior al nacional o internacional comete una infracción de las normas antidopaje contempladas en la normativa, habrán de aplicarse las sanciones previstas en la presente ley.

19. Grupo registrado de control: Grupo de deportistas de la más alta prioridad identificados o identificadas separadamente a nivel internacional por las federaciones internacionales, a nivel nacional por la Agencia Estatal Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte y a nivel autonómico por la Agencia Vasca Antidopaje que están sujetos o sujetas a la vez a controles específicos, en competición y fuera de competición, en el marco de la planificación de distribución de los controles de dicha federación internacional

o comisión y agencia y que están obligados u obligadas a proporcionar información acerca de su localización conforme a esta ley.

20. Menor: Persona física que no ha alcanzado la edad de dieciocho años.

21. Participante: Cualquier deportista o personal de apoyo al deportista o a la deportista.

22. Persona: Una persona física o una organización u otra entidad.

23. Persona protegida: Deportista u otra persona física (I) que en el momento de la infracción de la normativa antidopaje no ha alcanzado la edad de dieciséis años; (II) que en el momento de la infracción de la normativa antidopaje no ha alcanzado la edad de dieciocho años, siempre que no esté incluida en ningún grupo registrado de control ni haya competido nunca en un evento internacional en categoría abierta o absoluta; (III) que, por razones distintas a la edad, carezca de capacidad jurídica con arreglo a la legislación vigente.

24. Personal de apoyo a los deportistas y las deportistas: Cualquier entrenador o entrenadora, preparador o preparadora física, director o directora deportiva, agente, directivo o directiva, personal del club deportivo o equipo, o profesional o personal sanitario o paramédico, familiar o cualquier otra persona que trabaje con, trate o ayude a deportistas que participen en o se preparen para competiciones deportivas.

25. Programa de observadores u observadoras independientes: Equipo de observadores u observadoras y/o auditores o auditoras, bajo la supervisión de la Agencia Mundial Antidopaje, que observa y orienta sobre el proceso de control del dopaje antes o durante determinados eventos y comunica sus observaciones como parte del programa de supervisión del cumplimiento de la Agencia Mundial Antidopaje.

26. Tercero delegado o delegada: Toda persona en la que una organización antidopaje delegue algún aspecto del control del dopaje o los programas educativos en materia antidopaje, incluidos, entre otros, terceros u otras organizaciones antidopaje que lleven a cabo la recogida de muestras u otros servicios de control del dopaje o programas de educación antidopaje para la organización antidopaje, o personas que actúen en calidad de contratistas independientes y lleven a cabo servicios de control del dopaje para la organización antidopaje; por ejemplo, agentes o asistentes de control antidopaje que no sean empleados o empleadas. Esta definición no incluye al Comité Vasco de Justicia Deportiva.

Sustancias y métodos

27. Lista de sustancias y métodos prohibidos: Lista aprobada por resolución de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes y publicada en el Boletín Oficial del Estado, y/o aprobada por la persona titular del departamento con competencia en materia de deportes del Gobierno Vasco y publicada en el Boletín Oficial del País Vasco, de acuerdo con los compromisos internacionales asumidos por España, y, en particular, con la Convención Antidopaje de la Unesco, en la que constan todas las sustancias y los métodos que están prohibidos en el deporte y cuyo consumo o utilización pueden dar lugar a una sanción por dopaje.

28. Marcador: Un compuesto, un grupo de compuestos o una variable o variables biológicas que indican el uso de una sustancia prohibida o de un método prohibido.

29. Metabolito: Cualquier sustancia producida por un proceso de biotransformación.

30. Método específico: Cualquier método descrito como tal en la lista de sustancias y métodos prohibidos. Ningún método prohibido se considerará método específico, a menos que figure específicamente como tal en la lista de prohibiciones.

31. Método prohibido: Cualquier método descrito como tal en la lista de sustancias y métodos prohibidos.

32. Muestra: Cualquier material biológico recogido con fines de control del dopaje.

33. Pasaporte biológico del deportista o de la deportista: El programa y los métodos de recogida y cotejo de datos descritos en la norma internacional para controles e investigaciones y en la norma internacional para laboratorios de la Agencia Mundial Antidopaje.

34. Producto contaminado: Un producto que contiene una sustancia prohibida que no está descrita en la etiqueta del producto ni en la información disponible en una búsqueda razonable en Internet.

35. Sustancia de abuso: Cualquier sustancia descrita como tal en la lista de sustancias y métodos prohibidos. Las sustancias de abuso incluyen las sustancias prohibidas que figuran específicamente como tales en la lista de prohibiciones porque en la sociedad se abusa de ellas con frecuencia en contextos distintos de los deportivos.

36. Sustancia específica: Cualquier sustancia descrita como tal en la lista de sustancias y métodos prohibidos. Todas las sustancias prohibidas se considerarán sustancias específicas, salvo que se indique lo contrario en la lista de prohibiciones.

37. Sustancia prohibida: Cualquier sustancia o grupo de sustancias descrita como tal en la lista de sustancias y métodos prohibidos. La determinación por parte de la Agencia Mundial Antidopaje de las sustancias prohibidas y los métodos prohibidos que se incluirán en la lista de prohibiciones, la clasificación de las sustancias en las categorías de dicha lista, la clasificación de una sustancia como prohibida siempre o solo durante la competición y la clasificación de una sustancia o método como sustancia específica, método específico o sustancia de abuso son definitivas y no podrán ser impugnadas por ningún deportista o ninguna deportista u otra persona sobre la base, entre otras alegaciones, de que la sustancia o método no es un agente enmascarante, no tiene el potencial de mejorar el rendimiento deportivo, no representa un riesgo para la salud o no vulnera el espíritu deportivo.

Resultados

38. Límite de decisión: Valor del resultado para una sustancia umbral en una muestra, por encima del cual se notificará un resultado analítico adverso según lo definido en la norma internacional para laboratorios.

39. Nivel mínimo a efectos de notificaciones: La concentración estimada de una sustancia prohibida o de uno o varios de los metabolitos o marcadores de esta en una muestra, por debajo de la cual los laboratorios acreditados por la AMA no deben notificar un resultado analítico adverso en relación con esa muestra.

40. Resultado adverso en el pasaporte: Un informe identificado como un resultado adverso en el pasaporte descrito en las normas internacionales de la Agencia Mundial Antidopaje aplicables.

41. Resultado analítico adverso: Un informe por parte de un laboratorio acreditado o aprobado por la Agencia Mundial Antidopaje que, de conformidad con la norma internacional para laboratorios, identifique en una muestra la presencia de una sustancia prohibida o de los metabolitos o marcadores de esta o evidencias del uso de un método prohibido.

42. Resultado anómalo: Informe emitido por un laboratorio acreditado o aprobado por la Agencia Mundial Antidopaje que requiere una investigación más detallada según la norma internacional para laboratorios de la Agencia Mundial Antidopaje o los documentos técnicos relacionados antes de decidir sobre la existencia de un resultado analítico adverso.

43. Resultado anómalo en el pasaporte: Un informe identificado como un resultado anómalo en el pasaporte descrito en las normas internacionales de la Agencia Mundial Antidopaje aplicables.

Uso

44. Administración: Provisión, suministro, supervisión, facilitación u otra participación en el uso o tentativa de uso por otra persona de una sustancia prohibida o método prohibido. No obstante, esta definición no incluirá las acciones de personal médico de buena fe que supongan el uso de una sustancia prohibida o método prohibido con fines terapéuticos genuinos y legales o con otra justificación aceptable, y tampoco las acciones que impliquen el uso de sustancias prohibidas que no estén prohibidas en los controles fuera de competición, salvo que las circunstancias, tomadas en su conjunto, demuestren que dichas sustancias prohibidas no están destinadas a fines terapéuticos genuinos y legales o tienen por objeto mejorar el rendimiento deportivo.

45. Autorización de uso terapéutico (AUT): Autorización por medio de la cual un deportista o una deportista sometida a un tratamiento médico queda facultada para hacer uso de una sustancia prohibida o un método prohibido contenido en la lista de sustancias y métodos prohibidos, concedida por el Comité de Autorizaciones de Uso Terapéutico de acuerdo con el procedimiento establecido.

46. Manipulación fraudulenta: Conducta intencional que altera el proceso de control del dopaje, pero que no se incluiría en otro caso en la definición de métodos prohibidos. Se considerará manipulación fraudulenta, entre otras conductas, ofrecer o aceptar sobornos con el fin de realizar o dejar de realizar una acción; evitar la recogida de una muestra; influir en el análisis de una muestra o hacerlo imposible; falsificar documentos presentados a una organización antidopaje, comité de autorizaciones de uso terapéutico o tribunal de personas expertas; obtener falsos testimonios de testigos o cometer cualquier otro acto fraudulento ante la organización antidopaje o la instancia de audiencia para influir en la gestión de los resultados o en la imposición de sanciones, y cualquier otra injerencia, o tentativa de injerencia, similar e intencionada en cualquier aspecto del control del dopaje.

47. Posesión: Posesión física o de hecho, que solo se determinará si la persona ejerce o pretende ejercer un control exclusivo de la sustancia o método prohibido o del lugar en el que se encuentre la sustancia o método prohibido. Sin embargo, si la persona no ejerce un control exclusivo de la sustancia o método prohibido o del lugar en el que se encuentre la sustancia o método prohibido, la posesión de hecho solo se apreciará si la persona tuviera conocimiento de la presencia de la sustancia o método prohibido y tenía la intención de ejercer un control sobre él; por lo tanto, no podrá haber infracción de las normas antidopaje sobre la base de la mera posesión si, antes de recibir cualquier notificación que le comunique una infracción de las normas antidopaje, la persona ha tomado medidas concretas que demuestren que ya no tiene voluntad de posesión y que ha renunciado a ella declarándolo explícitamente ante una organización antidopaje. Sin perjuicio de cualquier otra afirmación en contrario recogida en esta definición, la compra, incluso por medios electrónicos o de otra índole, de una sustancia o método prohibido constituye posesión por parte de la persona que realice dicha compra.

48. Tráfico: La venta, la entrega, el transporte, el envío, el reparto o la distribución, o la posesión con cualquiera de estos fines, de una sustancia prohibida o método prohibido, ya sea físicamente o por medios electrónicos o de otra índole, por parte de un deportista o una deportista, del personal de apoyo al deportista o a la deportista o de cualquier otra persona sometida a la jurisdicción de una organización antidopaje a cualquier tercero; no obstante, esta definición no incluye las acciones de buena fe que realice el personal médico en relación con una sustancia prohibida utilizada para propósitos terapéuticos genuinos y legales u otra justificación aceptable, y no incluirá acciones relacionadas con sustancias prohibidas que no estén prohibidas fuera de competición, a menos que las circunstancias en su conjunto demuestren que la finalidad de dichas sustancias prohibidas no sea para propósitos terapéuticos genuinos y legales o que tengan por objeto mejorar el rendimiento deportivo.

49. Uso: La utilización, la aplicación, la ingestión, la inyección o el consumo por cualquier medio de una sustancia prohibida o de un método prohibido.

Términos jurídicos

50. Anulación: Ver “Consecuencias de la infracción de las normas antidopaje”.

51. Audiencia preliminar: Vista de las alegaciones formuladas por la persona interesada, por escrito o de modo oral, con posterioridad a la recepción de la notificación de una suspensión provisional.

52. Ausencia de culpa o de negligencia: Demostración por parte de un deportista o una deportista u otra persona de que ignoraba, no sospechaba y no podía haber sabido o presupuesto razonablemente, incluso aplicando la mayor diligencia, que había usado o se le había administrado una sustancia prohibida o un método prohibido o que había infringido de algún otro modo una norma antidopaje. Excepto en el caso de una persona protegida o un deportista o una deportista aficionada, para cualquier infracción, el deportista o la deportista deberá demostrar también cómo se introdujo la sustancia prohibida en su organismo.

53. Ausencia de culpa o de negligencia graves: Demostración por parte del deportista o de la deportista u otra persona de que, dado el conjunto de circunstancias y teniendo en cuenta los criterios de ausencia de culpa o de negligencia, no existió negligencia o su culpa no fue significativa respecto de la infracción de la norma antidopaje. Excepto en el caso de una persona protegida o un deportista o una deportista aficionada, para cualquier infracción,

el deportista o la deportista deberá demostrar también cómo se introdujo en su organismo la sustancia prohibida.

54. Consecuencias económicas: Ver “Imposición de sanciones pecuniarias”.

55. Culpabilidad: Cualquier incumplimiento de una obligación o ausencia de la adecuada atención a una situación concreta. Entre los factores que deben tomarse en consideración al evaluar el grado de culpabilidad del deportista o de la deportista u otra persona están, por ejemplo, su experiencia, si se trata de una persona protegida, consideraciones especiales como la discapacidad, el grado de riesgo que debería haber sido percibido por el deportista o la deportista y el grado de atención e investigación aplicados por él o ella en relación con lo que debería haber sido el nivel de riesgo percibido. Al evaluar el grado de culpabilidad del deportista o de la deportista u otra persona, las circunstancias analizadas deben ser específicas y pertinentes para explicar la desviación de estas personas del patrón de conducta esperado. Así, por ejemplo, el hecho de que un deportista o una deportista vaya a perder la oportunidad de ganar grandes cantidades de dinero durante un periodo de sanción o de que quede poco tiempo para que finalice su carrera deportiva o la programación del calendario deportivo no serían factores relevantes a tener en cuenta para reducir el periodo de sanción con arreglo a la presente ley.

56. Divulgación pública o comunicación pública: Ver “Consecuencias de la infracción de las normas antidopaje”.

57. Independencia institucional: Los miembros o las miembros del Comité Sancionador Antidopaje, en fase de resolución de recursos, tendrán plena independencia institucional de la organización antidopaje encargada de la gestión de resultados, por lo que no deberán estar en modo alguno sometidos o sometidas a su autoridad.

58. Independencia operacional: La instrucción de los procedimientos debe ser llevada a cabo por personas no miembros del Comité Sancionador Antidopaje. Los miembros o las miembros del Comité Sancionador Antidopaje llevarán a cabo los procesos de audiencia y resolución sin injerencias de la organización antidopaje o de terceros.

59. Responsabilidad del deportista o de la deportista: A los efectos de lo previsto en esta ley, correrá a cargo del deportista o de la deportista probar la ausencia de culpa o negligencia o el error de hecho o de derecho en que hubiera podido incurrir en el uso o consumo de la sustancia o método prohibido. Igualmente, correrá a cargo del deportista o de la deportista probar la inexistencia de tentativa en la comisión de las conductas descritas.

60. Suspensión: Ver “Consecuencias de la infracción de las normas antidopaje”.

61. Suspensión provisional: Ver “Consecuencias de la infracción de las normas antidopaje”.

62. Tentativa: Conducta voluntaria que constituye un paso sustancial en el curso de una acción planificada cuyo objetivo es la comisión de una infracción de normas antidopaje. No obstante, no habrá infracción de las normas antidopaje basada únicamente en esta tentativa de cometer tal infracción si la persona desiste antes de ser descubierta por un tercero no implicado en la infracción.

Eventos/Deportes/Periodo de competición

63. Competición: Una prueba única, un partido, una partida o un concurso deportivo concreto.

64. Deporte de equipo: Deporte que autoriza la sustitución de jugadores o jugadoras durante una competición.

65. Deporte individual: Cualquier deporte que no sea de equipo.

66. Duración de un evento: Tiempo transcurrido entre el principio y el final de un evento, según establezca el organismo responsable de dicho evento.

67. Evento deportivo: Serie o parte de las competiciones que se desarrollan bajo la dirección de un único organismo deportivo que adopta las reglas de participación y organización de la competición. Por el ámbito territorial en el que se desarrollan, pueden clasificarse en:

– Evento internacional: Un evento o competición en el que el Comité Olímpico Internacional, el Comité Paralímpico Internacional, una federación internacional, la organización responsable de grandes eventos u otra organización deportiva internacional

actúan como organismo responsable del evento o nombran a los delegados y delegadas técnicas del evento.

– Evento nacional: Un evento o competición que no sea internacional, independientemente de que participen deportistas de nivel nacional o internacional. La condición de evento nacional vendrá determinada por lo previsto en la legislación deportiva estatal vigente.

– Evento autonómico: Un evento o competición que no sea internacional ni nacional, independientemente de que participen deportistas de nivel nacional o internacional. La condición de evento autonómico vendrá determinada por lo previsto en la legislación deportiva vasca vigente.

68. Fuera de competición: Todo periodo que no sea en competición.

69. Periodo de competición: Significa que el periodo comienza desde las 11:59 horas del día anterior a celebrarse una competición en la que el deportista o la deportista tenga previsto participar hasta el final de dicha competición y del proceso de recogida de muestras relacionado con ella.

70. Sede de un evento: Cada una de las sedes designadas por la autoridad responsable del evento.

Actividades antidopaje

71. Actividades antidopaje: Educación e información para la lucha contra el dopaje, planificación de la distribución de los controles, mantenimiento de un grupo registrado de control, gestión de los pasaportes biológicos de los deportistas y las deportistas, realización de controles, organización de análisis de muestras, recopilación de información y realización de investigaciones, tramitación de solicitudes de autorizaciones de uso terapéutico, gestión de resultados, audiencias, seguimiento y exigencia del cumplimiento de las sanciones impuestas y todas las demás actividades de lucha contra el dopaje según lo previsto en el Código Mundial Antidopaje y/o las normas internacionales.

72. Ayuda sustancial: A los efectos de lo dispuesto en esta ley, una persona que proporcione ayuda sustancial deberá (1) revelar por completo mediante una declaración escrita y firmada toda la información que posea en relación con las infracciones de las normas antidopaje, y (2) colaborar plenamente en la investigación y las decisiones que se tomen sobre cualquier caso relacionado con esa información, lo que incluye, por ejemplo, testificar durante una audiencia si así se le exige por parte de una organización antidopaje o tribunal de expertos. Asimismo, la información facilitada debe ser creíble y constituir una parte importante del caso abierto o, en caso de no haberse iniciado este, debe haber proporcionado un fundamento suficiente sobre el cual podría haberse tramitado un caso.

73. Control: Parte del proceso global de control del dopaje que comprende la planificación de distribución de los controles, la recogida de muestras, la manipulación de muestras y su envío al laboratorio.

74. Controles dirigidos: Selección de deportistas específicos para la realización de controles conforme a los criterios establecidos en el Estándar Internacional para Controles e Investigaciones.

75. Educación: Proceso de aprendizaje para trasmitir valores y desarrollar conductas que fomenten y protejan el espíritu deportivo, y para prevenir el dopaje intencionado y no intencionado.

76. Sistema de información establecido por la Agencia Mundial Antidopaje: Herramienta para la gestión de bases de datos, situada en un sitio web, para introducir información, almacenarla, compartirla y elaborar informes con el fin de ayudar a las partes interesadas y a la Agencia Mundial Antidopaje en sus actividades contra el dopaje, de acuerdo con la legislación relativa a la protección de datos. Dicho sistema recibe el nombre, en la actualidad, de “Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS)”.

§ 46

Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias

Comunidad Autónoma del País Vasco
«BOPV» núm. 69, de 13 de abril de 2016
«BOE» núm. 105, de 2 de mayo de 2016
Última modificación: 13 de abril de 2018
Referencia: BOE-A-2016-4170

Se hace saber a todos los ciudadanos y ciudadanas de Euskadi que el Parlamento Vasco ha aprobado la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Las adicciones, tanto por el consumo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como comportamentales, son un fenómeno social de notable amplitud y extraordinaria complejidad, debido a la interacción de elementos que convergen en sus causas y en su proceso de desarrollo y debido a la variedad de ámbitos y áreas que pueden verse afectados. Las adicciones son además cambiantes y adquieren vertientes diferentes en el tiempo, en función de la sensibilidad social, de la aparición de nuevas sustancias y conductas, de nuevos patrones y nuevos contextos de consumo, de la población afectada y de sus consecuencias sociales.

Los factores causantes de las adicciones son muy complejos y variados, dado que, a los factores de vulnerabilidad de índole personal, se deben añadir otros de carácter social. En efecto, las esferas biológica, psicológica, familiar, social, laboral y económica de la persona resultan implicadas en los procesos vitales de la vida influidos por los factores de riesgo; es decir, por circunstancias y características internas o externas de la persona, que interactúan entre sí, produciendo sinergias que multiplican su potencial y aumentan la vulnerabilidad y las probabilidades de que los consumos y conductas irresponsables se desarrollen indebidamente y generen una adicción. Una gran parte de estos factores de riesgo están relacionados con las negativas condiciones sociales y económicas, pero también en entornos socio-económicos favorables se generan factores de riesgo. Junto a estos últimos, no puede dejarse de reconocer la existencia de los factores de protección, que son aquellos elementos que disminuyen las probabilidades de desarrollar dichos comportamientos.

No todos los consumos de drogas y las conductas de las personas son de por sí problemáticas o perniciosas para la salud, puesto que, dentro de la libertad personal, es innegable el derecho a elegirlas libremente y a convivir con ellas de forma responsable. Sin embargo, los efectos de algunas conductas son negativos, incluso nefastos y devastadores, generando una adicción, provocando cuantiosos daños a la salud tanto de las personas consumidoras –en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad–, como a la de sus seres más cercanos, y a la sociedad en general. Estas situaciones son particularmente

lamentables cuando resultan afectadas las personas menores de edad, cuyo proceso de desarrollo puede verse seriamente comprometido por conductas irresponsables y de riesgo, o personas pertenecientes a colectivos socialmente vulnerables, generando por ello una gran preocupación social.

Las bases para llevar a cabo las políticas de prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Euskadi se establecieron mediante la Ley 15/1988, de 11 de noviembre, dictada en el marco de las competencias que el Estatuto de Autonomía otorga a la Comunidad Autónoma de Euskadi. Dicha ley fue valorada positivamente durante su vigencia porque puso las bases para llevar a cabo las políticas de prevención, asistencia y reinserción en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Posteriormente, la Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias, incorporó a su articulado las directrices contenidas en el acuerdo de 30 de junio de 1994 de la Comisión sobre las Drogodependencias del Parlamento Vasco. Este texto legal, aun con sus contenidos novedosos y cambios estructurales, mantuvo el carácter pedagógico, presente desde sus orígenes en la legislación en materia de drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi, y reforzó la estrategia comunitaria caracterizada por la globalización, la normalización, la planificación y la participación.

Más recientemente, en 2011, se aprobó la Ley 1/2011, de 3 de febrero, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias, con objeto de reformar la Ley 18/1998 del Parlamento Vasco en lo referente a las cuestiones relacionadas con el tabaco, para adaptarlas a las exigencias planteadas –en el ámbito de la protección de la salud pública– por la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea y la legislación básica del Estado. Esta reforma prohibió fumar, como regla general, en todos los espacios cerrados de uso público, y aspiraba –desde una perspectiva de salud pública– a avanzar en las medidas de protección de la salud de la ciudadanía en materia de prevención y control del tabaquismo, por medio de la protección frente al humo ambiental fundamentalmente en los centros y lugares de trabajo, así como en los espacios frecuentados por menores de edad.

Este nuevo texto legal no solo obedece a la necesidad de adaptar y modernizar la terminología a los estudios más recientes en la materia, y a una estructuración más sistemática y ordenada de las materias, sino que también existen razones de fondo y de contenido que justifican una nueva norma.

En este sentido, esta ley pretende un abordaje multidisciplinar e integral de las adicciones, haciendo especial énfasis en la educación para la salud en todos los ámbitos y áreas que tienen incidencia en las adicciones. En efecto, hasta ahora, la materia de las drogas se ha ubicado en ámbitos diversos, pero ya no solo se trata de una cuestión de orden público, ni únicamente meritoria de atención sanitaria o desde los servicios sociales; según se admite mayoritariamente en el momento actual, las adicciones son una cuestión en la que está comprometida la salud pública y cuyo abordaje requiere la concurrencia del compromiso y de la responsabilidad social.

Una nueva norma, con el debido rango legal, debe dar amparo jurídico a las medidas oportunas y convenientes que, fruto del consenso y colaboración, deben adoptar los poderes públicos en cada momento y situación ante este fenómeno, especialmente en defensa de las personas menores de edad y de los colectivos socialmente más vulnerables, prestando particular atención a la perspectiva de género.

Esta ley multidisciplinar se sitúa en el marco de las competencias de las que es titular la Comunidad Autónoma de Euskadi, siendo título competencial relevante el de salud, al que vienen a confluir otros tantos como el de educación, cultura, juventud y deporte, inclusión social, política comunitaria, seguridad, higiene y salud laborales, medio ambiente, régimen local, comercio interior, Administración de Justicia e instituciones penitenciarias, publicidad y medios de comunicación, urbanismo, juego, estadística e investigación.

Por su parte, la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, en su artículo 2, se refiere al marco institucional de la salud y atribuye a todos los poderes públicos vascos la misión preferente de promocionar y reforzar la salud. Asimismo, en su artículo 13 establece que el Plan de Salud de Euskadi es el instrumento superior de planificación y programación del sistema sanitario.

En el proceso de redacción también se han tenido en cuenta las referencias internacionales, muy especialmente de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea, como la Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020, y el Plan de Acción Europeo para reducir el Uso Perjudicial del Alcohol 2012-2020 de la Organización Mundial de la Salud de la Región Europea, así como la reciente Directiva 2014/40/UE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE.

La Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias presenta una estructura sistemática y ordena la ubicación de las materias en el área a la que pertenecen. Así, contiene 97 artículos, distribuidos en siete títulos, dos disposiciones adicionales, una única disposición transitoria, una única disposición derogatoria y tres disposiciones finales.

El título preliminar establece los grandes principios inspiradores y los objetivos generales de la ley, anunciando el espíritu y las novedades más relevantes del nuevo texto. En efecto, el objeto de la ley revela una perspectiva integral y global de la regulación, identificando las grandes áreas de intervención; esto es, las áreas de promoción de la salud, prevención de las adicciones, reducción de la oferta, asistencia e inclusión social, desarrollo y gestión del conocimiento, así como la regulación de la organización institucional articulada para llevar a cabo las medidas recogidas en aquellas áreas.

El ámbito material de la ley contempla las sustancias con capacidad adictiva, algunas de consumo muy arraigado en nuestro entorno como el alcohol o el tabaco, y otras como los derivados del cannabis, otros opiáceos, los psicoestimulantes, los alucinógenos, los medicamentos psicotrópicos, los derivados anfetamínicos y otras sustancias sintéticas y procedentes de la fabricación química.

El tabaco continúa siendo uno de los más importantes problemas de salud pública, y es la causa prevenible más importante de mortalidad, que provoca, además, una notable pérdida de calidad de vida y disminución de la esperanza de vida. El alcohol ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud como una de las drogas potencialmente más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas, en especial cuando se trata de personas menores y jóvenes que están adoptando sus hábitos de salud, más aún, como ocurre en nuestro entorno, cuando existe un nivel alto de tolerancia social. En Euskadi existen los mayores consumos de cannabis de toda Europa, con una progresiva percepción social de inocuidad. La automedicación mediante psicofármacos es cada vez más frecuente en nuestro medio, sobre todo entre las mujeres. No podemos olvidar el proceso de renovación constante de drogas sintéticas en un contexto de ocio y diversión. Y, finalmente, también se produce la utilización de compuestos cuyos usos legales se alteran para convertirse en drogas de consumo con efectos demoledores.

Como novedad, la ley regula los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, que son aquellos productos, cualquiera de sus componentes o incluso los envases de recarga, que puedan utilizarse para el consumo de vapor que contiene nicotina, habiendo proliferado de forma significativa y rápida en los tiempos más recientes su utilización y comercialización. Incluso en el caso de no contener nicotina, hoy por hoy, no se ha podido determinar de modo concluyente su carácter inocuo, puesto que no hay evidencia científica sobre el impacto en la salud de las personas usuarias directas y de otras personas del entorno, y por ello no puede predicarse que se trata de un sustitutivo del tabaco ni que ayude a dejar el hábito de fumar.

La mayoría de la comunidad médico-científica constata que las personas usuarias se están convirtiendo en personas fumadoras duales. Todo ello sin olvidar que su utilización indiscriminada en lugares públicos puede comprometer el proceso de normalización que se ha conseguido tras la regulación del tabaco por la normativa vigente. De hecho, la Organización Mundial de la Salud, en julio de 2013, recomendó no utilizar estos artículos y desaconsejaba el producto hasta que no haya datos que demuestren que es un producto seguro, eficaz y de calidad aceptable, y que todo ello esté certificado por un organismo regulador nacional competente; y en un informe publicado en agosto de 2014, considera además que hay suficiente evidencia para advertir sobre estos dispositivos y recomienda prohibir su uso en espacios públicos cerrados, su venta a los menores y cualquier tipo de reclamo o alegación sobre su utilidad para dejar de fumar. A este respecto, en el ámbito

estatal, la Ley 3/2014, de 27 de marzo, ha modificado la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, y ha regulado aspectos relativos a la venta, el consumo y la publicidad de estos dispositivos.

Por lo que respecta a la Unión Europea, la reciente Directiva 2014/40/UE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE, ha regulado la comercialización de estos dispositivos, constituyendo la legislación general y estándar que cada estado miembro deberá tener en cuenta para realizar su propia regulación.

Pero, además de las sustancias que tradicionalmente intervienen en las conocidas como adicciones a sustancias, en los últimos años asistimos al auge de ciertos comportamientos totalmente convencionales que, realizados de forma repetida, continuada o de manera inadecuada o excesiva, pueden acarrear problemas graves y generar los mismos patrones adictivos que las drogas o sustancias.

Por ello, la nueva ley, con vocación de integridad, se refiere en su ámbito material a las adicciones y drogodependencias, e incluye, en sentido amplio, las adicciones a sustancias y las adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia; además, en un afán de anticiparse a la situación de dependencia, contempla los factores de riesgo precursores de las adicciones, los consumos problemáticos de sustancias y las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.

Además, en previsión bien de conductas, en principio perfectamente habituales, que pueden evolucionar de modo que resulten problemáticas y precursoras de una futura adicción –como las compras y la alimentación compulsivas, o el ejercicio físico o laboral desorbitados–, bien de nuevas realidades como las redes sociales, las tecnologías digitales y las nuevas aplicaciones para ellas diseñadas, los teléfonos móviles, los videojuegos y otros, cuyo uso indebido, excesivo o abusivo puede comportar preocupación y ciertos problemas que pueden constituir los albores de una futura adicción, la ley, por un principio de cautela, establece que las medidas de promoción y prevención de la salud que contempla se extiendan a otras conductas excesivas no conceptualizadas como adicciones comportamentales en el momento actual.

Entre los fundamentos básicos del modelo de prevención y atención de la ley, destacan el enfoque de salud pública y el paradigma de salud en todas las políticas, con los que se pretende alcanzar un compromiso interinstitucional que impulse una estrategia intersectorial y transversal, dirigida a hacer que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas de todas las políticas públicas y agentes sociales. Estos enfoques novedosos, no obstante, ya se manejan con normalidad en salud pública, siendo necesario incorporarlos expresamente al campo de las adicciones. Además, otro fundamento básico de la ley, junto con la ya referida aproximación integral de las adicciones y drogodependencias, es la estrategia de reducción de riesgos y daños, que ha experimentado un gran auge en los últimos años y que ofrece un abanico de posibilidades muy interesantes en aquellas personas en las que otras intervenciones preventivas han fracasado o sus condiciones sanitarias y sociales así lo indiquen.

Es también especialmente novedoso el reconocimiento de los derechos y el establecimiento de deberes y obligaciones, no solo como personas usuarias de los servicios sociales o de salud, sino también en aceptación de la libertad personal. Así, nadie podrá ser objeto de discriminación por razón de su circunstancia ante las adicciones, reconociéndose expresamente esta consideración para las personas mayores de edad que formen parte de entidades de consumidores y consumidoras de cannabis, entidades que son objeto de regulación en el apartado de la ley referido a la iniciativa social.

La promoción de la salud y la prevención de las adicciones y drogodependencias, reguladas en el título primero de la ley, se erigen en el área de actuación preferente y prioritaria en esta materia, y es particularmente novedosa la regulación en capítulo propio de la promoción de la salud. No obstante, desde el respeto a las libertades personales, los modelos de prevención deben ir dirigidos a generar cambios de conductas en la cultura del consumo y al establecimiento de estilos de vida saludables, haciendo a las personas más responsables ante usos y conductas indebidas. Precisamente por el peso específico de este

título, las medidas recogidas sobre promoción de la salud y prevención de las adicciones y drogodependencias se extenderán a las adicciones y a aquellas otras conductas excesivas que todavía en la actualidad no se han recogido científicamente como adicciones comportamentales.

La estrategia básica de actuación para la promoción de la salud y la prevención de las adicciones y drogodependencias es la educación para la salud, que, desde el enfoque de salud pública, se dirige al logro de hábitos saludables y de la cultura de la salud como forma de vida autónoma, solidaria y libre. En efecto, la libertad de elección de las personas tras el pleno conocimiento de las consecuencias de sus actos, solo puede ejercitarse correctamente si se ha realizado una orientación correcta mediante la educación para la salud, sobre todo en las etapas más tempranas del desarrollo de las personas, en las que se fijan los valores que sustentan los referidos hábitos de vida saludables. El éxito de una adecuada orientación de la educación para la salud no solo compromete al sistema escolar, sino a los medios de comunicación –como elementos de información y opinión– y a toda la comunidad.

En el área de prevención se recogen aquellas medidas dirigidas a disminuir la demanda de sustancias o conductas de riesgo o excesivas, separándolas netamente de las medidas de control o reducción de la oferta, que son objeto del título segundo y que en el texto hasta ahora vigente aparecían entremezcladas. La disminución de la demanda y el control de la oferta son los dos grandes ámbitos de actuación recogidos separadamente en la Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020, por la diferente naturaleza de unas y otras medidas, pues si las dirigidas a limitar la demanda ponen el énfasis en la actuación sobre las personas o grupos, las de la oferta actúan sobre las sustancias o sobre las conductas.

El capítulo dedicado a la prevención recoge, en todos los ámbitos posibles, medidas generales dirigidas al conjunto de la población, otras dirigidas a personas o grupos en situación de riesgo o de mayor vulnerabilidad y, además, medidas específicas para las adicciones no comportamentales. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, facilitando la inclusión normalizada de las personas afectadas en su entorno comunitario. En las actuaciones preventivas son prioritarios el ámbito familiar, el comunitario y el educativo, que deberán coordinarse para implicar a todos los agentes sociales intervinientes como son la escuela, la familia, las empresas, las asociaciones y otros.

En la prevención en el ámbito familiar destaca el principio de parentalidad positiva, nuevo paradigma de intervención psicosocial con las familias, contenido en la Recomendación del Consejo de Europa sobre política de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. Este principio supone el desarrollo de habilidades parentales positivas para con los hijos e hijas por parte de las personas progenitoras o tutoras, y la educación en valores que fijen los límites de su comportamiento. Se trata de impulsar los valores de vinculación afectiva, el fortalecimiento de entornos estructurados, la estimulación y apoyo al aprendizaje escolar y el reconocimiento del valor de los hijos e hijas, potenciando su propia percepción como agentes en activo, competentes y capaces.

Por lo que respecta al ámbito comunitario, se destaca el valor propulsor de aquellos entornos más cercanos a la persona, buscando la implicación y la participación de todos ellos en las intervenciones propuestas; en este punto, es relevante el papel de los ayuntamientos por su cercanía a las personas y a las comunidades de las que forman parte. Respecto del ámbito educativo, su valor preferente deriva del papel predominante del sistema educativo en la construcción de las competencias de las personas, sobre todo en las etapas más tempranas de su desarrollo, considerándose necesaria la adopción de medidas dirigidas a personas menores de edad que se encuentran en situación de riesgo, orientadas a que el alumno o la alumna tome conciencia del riesgo de desarrollar una adicción a alguna sustancia o una adicción comportamental y potencie sus competencias para hacerles frente, poniendo a su disposición instrumentos de autocontrol o autoevaluación, entendiendo que el conocimiento es vital para la formación de la voluntad. Por tanto, siendo necesario el conocimiento, hay que ir más lejos, sobre todo cuando hablamos de personas menores de edad en riesgo.

Finalmente, en relación con la prevención respecto de menores y jóvenes en situación de alto riesgo, se destacan las intervenciones y los programas socioeducativos específicos, de asesoramiento y apoyo e intervenciones adaptadas a su situación.

El título segundo, que regula la reducción de la oferta, presenta una estructura clasificada por la sustancia, y dentro de cada una, regula la actividad generada en torno a ella; esto es, la publicidad, la venta, el suministro y el consumo; después, se establecen las normas sobre control de la oferta respecto de las adicciones comportamentales. Las drogas sobre las que se establecen las medidas de control son las legales, pues las ilegales son objeto de normativa penal o administrativa que queda fuera del ámbito competencial de esta Comunidad Autónoma. En este título, hay que tener en cuenta que en algunas ocasiones se contemplan medidas restrictivas respecto de actividades que son un sector estratégico de la economía de nuestra Comunidad Autónoma, por lo que es preciso encontrar un punto de equilibrio entre la limitación de la libertad de empresa y el interés que se pretende salvaguardar, sobre todo cuando afecta a personas menores de edad.

Aparece en primer lugar la regulación relativa a las limitaciones en materia de bebidas alcohólicas. La ley hace suyas las recomendaciones de la comunidad científica, que señala la necesidad de reducir el acceso de las personas menores y jóvenes al consumo de alcohol, y configura un régimen más restrictivo respecto del vigente hasta el día de hoy.

Por lo que respecta al tabaco, existen datos científicos sobre los riesgos para la salud en la población no fumadora vinculados a la contaminación ambiental por humo de tabaco. Por ello, y partiendo de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco, se arbitran medidas más restrictivas que las hasta ahora vigentes para preservar el derecho a la protección de la salud de estas personas no fumadoras.

Por lo que respecta a los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de diferentes profesionales de la salud, parece razonable considerar que, cuando el dispositivo es susceptible de liberar nicotina, sus efectos tanto para la persona usuaria como para terceras personas no difieran del tabaco, y por ello esta ley ha equiparado su régimen de control al establecido para el tabaco con todas sus consecuencias, tal y como se ha hecho en otros países de nuestro entorno, donde la normativa es igual de estricta que con el tabaco.

En relación con las adicciones comportamentales, no se han establecido medidas punitivas, sino acciones de reducción de la oferta, con las que se trata de adoptar medidas tendentes a impulsar un uso responsable de los juegos de azar y de las nuevas tecnologías. En el caso de las ludopatías, se hace una remisión a la normativa sectorial y se promueve la adopción de medidas de control orientadas al enfoque de responsabilidad en el juego, tanto presencial como on line; y respecto de las tecnologías digitales, las medidas de control se orientan a introducir valores de moderación en la oferta. En efecto, se trata, más que de criminalizar, de concienciar, mentalizar socialmente sobre las consecuencias de este fenómeno para provocar un cambio de actitudes.

El título tercero, referido a la asistencia sanitaria y sociosanitaria, regula la atención a las personas con adicciones y drogodependencias o en riesgo de padecerlas. Se trata de ofrecer una atención integral a las personas usuarias, centrada en sus necesidades, en la normalización y en la inclusión social efectiva. Recogiendo los criterios en la prestación de asistencia, se señala la integración de los servicios y equipamientos destinados a la atención de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas en los recursos de la red sanitaria y sociosanitaria pública.

El título cuarto, inclusión social, aparece con entidad propia y separada de la atención sanitaria y sociosanitaria, puesto que la actuación en este caso se lleva a cabo por otro sistema público diferenciado y con principios de actuación propios. La inclusión social, enmarcada en un contexto comunitario, se fundamenta en el Sistema Vasco de Servicios Sociales, a través de los servicios sociales de atención primaria o de atención secundaria, y en el Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social, para dar respuesta a las necesidades económicas básicas y las necesidades de inclusión social y laboral.

El título quinto, sobre desarrollo y gestión del conocimiento, adquiere entidad propia y, a diferencia de la regulación hasta ahora vigente, se regula separadamente de la prevención.

La investigación, la información y la evaluación tienen la consideración de actuación transversal, según la Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020. Se prevén labores de información en materia de adicciones por parte de la administración sanitaria, social, educativa y laboral. Se articulan actividades de formación, básica o especializada dirigida a cualquier persona cuya actividad profesional se relacione con las adicciones. La investigación se contempla como una herramienta imprescindible para abordar eficazmente el complejo fenómeno de las adicciones, estableciéndose por ello medidas que la impulsen, facilitando que diferentes profesionales desarrollen estudios sobre la materia, y regulando el Observatorio sobre Adicciones como servicio centralizado de información. Finalmente, se contempla la evaluación de los programas públicos en materia de adicciones, así como la posibilidad de crear premios u otras distinciones honoríficas para reconocer públicamente a entidades y personas que hayan destacado por su labor en este ámbito.

El título sexto regula la organización institucional, la coordinación, la planificación y la iniciativa social, estableciendo el ejercicio de las competencias atribuidas a cada una de las administraciones públicas vascas por la legislación sectorial correspondiente, en los términos que se vienen desarrollando por cada una de ellas hasta el momento actual y en cualquiera de los sectores o áreas estratégicas que regula la ley; esto es, promoción de la salud, prevención, asistencia e inclusión social, formación e investigación en materia de adicciones, con el límite de evitar duplicidades y actuaciones solapadas por parte de varias administraciones públicas. El elemento esencial en previsión de estas concurrencias competitivas serán los convenios de colaboración interadministrativos.

Los instrumentos de planificación de las diferentes administraciones públicas competentes son, por su carácter estratégico, esenciales para lograr los objetivos marcados por la ley. El Plan sobre Adicciones de Euskadi se configura como el plan director que establecerá de forma coordinada y global los programas y actuaciones que hayan de realizarse por parte de las administraciones públicas e instituciones privadas, de forma vinculada al Plan de Salud.

Por lo que respecta al dispositivo institucional, a nivel de la Administración General de la Comunidad Autónoma se regulan la Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones, el órgano de apoyo y asistencia al Gobierno Vasco y el Consejo Vasco sobre Adicciones, de carácter consultivo y asesor, en el que se ha introducido la representación de las asociaciones de personas consumidoras de drogas y de personas con adicciones sin sustancia, del órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laborales, del Servicio Vasco de Salud, de las empresas de la economía social de Euskadi y de los medios de comunicación social editados en Euskadi; asimismo, se ha aumentado en este órgano la representación de las organizaciones empresariales en régimen de paridad con la representación de las organizaciones y confederaciones sindicales. La Comisión Interdepartamental, existente anteriormente, desaparece a favor de la Comisión de Coordinación Interinstitucional, que aglutina a todas las administraciones públicas vascas y que se erige en órgano máximo de coordinación, colaboración y participación de las actuaciones de todas ellas. Las administraciones forales y locales, por su parte, pueden crear órganos de coordinación, asesoramiento y participación social.

Finalmente, la iniciativa social supone el reconocimiento de la importante labor realizada en la materia por personas y entidades privadas, y regula las condiciones para la colaboración con ellas. En este apartado, es destacable la referencia a las entidades legalmente registradas y sin ánimo de lucro constituidas por personas mayores de edad consumidoras de cannabis, las cuales serán objeto del debido desarrollo reglamentario dentro de nuestro marco competencial y atendiendo a la legislación vigente.

El título séptimo, sobre la base de los clásicos principios que inspiran el procedimiento administrativo sancionador, incorpora un nuevo diseño del régimen sancionador, en aras a lograr el cumplimiento efectivo de los preceptos contenidos en la ley. En primer lugar, se trata de concienciar y mentalizar a las personas, pero el régimen sancionador también es necesario para el cumplimiento efectivo de una regulación, en la consideración de que es el conjunto de medidas, simultáneamente aplicadas, la garantía más eficaz de su cumplimiento.

Las medidas punitivas van referidas a la actividad sobre las sustancias; ya que, sobre las adicciones comportamentales, en el título segundo, se han establecido medidas de reducción de la oferta con las que se trata de impulsar un uso responsable de los juegos de azar y de las nuevas tecnologías.

Novedad importante es que se ha introducido una clasificación de las infracciones, eliminando con carácter general el concepto jurídico indeterminado de riesgo o perjuicio grave para la salud que, en el régimen hasta ahora vigente, modulaba la clasificación de la infracción en leve, grave o muy grave, dificultando enormemente la aplicación de la norma y la eficacia del régimen sancionador, de modo que ahora se considerará únicamente en el caso de las infracciones muy graves en materia de publicidad o promoción de bebidas alcohólicas. Por otra parte, ha desaparecido la diferenciación del régimen sancionador en materia de tabaco, procedente de la reforma derivada de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco, equiparando la cualificación de las infracciones entre todas las sustancias y calificándolas en razón de su gravedad.

Por lo que respecta a los órganos con competencias sancionadoras, se distribuye con carácter general entre el Consejo de Gobierno, el órgano correspondiente del departamento competente en materia de adicciones y los alcaldes y las alcaldesas, habiendo desaparecido la atribución de competencias sancionadoras a los delegados y a las delegadas territoriales. Dentro de las competencias sancionadoras que los alcaldes y alcaldesas ya tenían atribuidas, se incluyen las sanciones por infracciones leves en materia de tabaco y respecto de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, en correspondencia con las infracciones leves en materia de alcohol, y por entender que el ámbito local es más cercano para una eficaz corrección de este tipo de infracciones.

En relación con las sanciones, las multas se han adaptado a cuantías más reales y se han reducido, adaptándolas a la verdadera gravedad de la infracción, resultando multas de hasta 600 euros por la comisión de infracciones leves, hasta 10.000 euros, en caso de infracciones graves, y de hasta 600.000 euros, en caso de comisión de infracciones muy graves.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación de la ley.*

1. El objeto de la presente ley es regular las medidas y acciones a desarrollar en la atención integral en materia de adicciones, tanto de drogodependencias como de adicciones comportamentales, en las áreas de promoción de la salud, prevención, reducción de la oferta, asistencia, inclusión social, formación e investigación y organización institucional.

2. Asimismo, se contempla la regulación de aquellas actuaciones que protejan a terceras personas de perjuicios que pueden causarse, tanto por el consumo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como por las adicciones comportamentales, con una consideración especial a las personas menores de edad y la juventud, así como las personas que se encuentren en situación de especial vulnerabilidad.

3. Las prescripciones contenidas en la presente ley serán de aplicación a las actuaciones, tanto individuales como colectivas, de titularidad pública o privada, que en materia de adicciones se realicen dentro del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 2. *Ámbito material.*

1. El ámbito de las adicciones al que, de acuerdo con el artículo 1, se aplica la presente norma, incluye:

a) Las adicciones a sustancias.

b) Las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales.

c) Los factores de riesgo precursores de las anteriores, tanto en consumos como en conductas.

2. A los efectos de esta ley, son sustancias adictivas:

a) El tabaco.
b) Las bebidas alcohólicas.
c) Las sustancias estupefacientes y psicotrópicas contempladas por las convenciones internacionales, siempre que cumplan los requisitos exigidos por la Organización Mundial de la Salud para considerarse droga.
d) Los medicamentos con potencialidad de crear dependencia.
e) La nicotina y otras sustancias con capacidad adictiva liberadas o consumidas a través de los cigarrillos electrónicos regulados en la Directiva 2014/0/UE.
f) Los productos de usos doméstico o industrial y las sustancias volátiles que reglamentariamente se determinen.
g) Cualquier otro elemento o compuesto no incluido en los apartados anteriores, que responda a la definición general de sustancia con capacidad adictiva referida en el artículo 7.p).

3. En el marco de esta ley, a los efectos de prevención, asistencia, inclusión social y reducción de la oferta, se considerarán adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales:

a) El juego patológico o ludopatía.
b) Las conductas excesivas en el uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones y, en particular, las relacionadas con el uso de las redes sociales y los videojuegos.

4. Con base en el principio de cautela, las medidas de promoción de la salud y de prevención se extenderán también a otras conductas excesivas en la actualidad no conceptualizadas como adicciones comportamentales. En virtud de dicho principio, en los casos en los que los servicios de salud consideren que la conducta excesiva presenta características susceptibles de generar un patrón adictivo y que la persona podría beneficiarse de un programa terapéutico, podrán aplicarse las medidas de asistencia previstas en la presente ley.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Las actuaciones que en materia de adicciones, tanto a sustancias como comportamentales, se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Euskadi responderán a los siguientes principios rectores:

a) El principio de responsabilidad pública, coordinación institucional y corresponsabilidad social ha de impregnar las intervenciones sectoriales necesarias para abordar la prevención, asistencia e inclusión en esta materia.
b) Intersectorialidad, cooperación y coordinación de todas y todos los agentes que intervienen en la atención a las adicciones.
c) Interdisciplinariedad de las intervenciones, con el fin de garantizar el carácter integral de la atención prestada.
d) Promoción activa de una cultura de la salud que fomente hábitos de vida saludables y que incluya la modificación de actitudes y comportamientos de la sociedad hacia las adicciones.
e) Equidad en la salud, promoviendo el derecho de todas las personas a disfrutar de igualdad de oportunidades en función de su necesidad para desarrollar y mantener su salud a través de un acceso igualitario a los servicios sin que exista discriminación alguna.
f) Perspectiva de género, como enfoque particular de la equidad que busca eliminar las desventajas o desigualdades existentes entre hombres y mujeres.
g) Consideración especial de la infancia y de la adolescencia con intervenciones específicas, en especial, en el ámbito educativo y familiar.
h) Incorporación del enfoque preventivo en todas las prestaciones, servicios, programas y actividades, de forma que se actúe, en la medida de lo posible, antes de que afloren o se agraven los daños de las adicciones.

i) Participación, colaboración y corresponsabilidad ciudadana en la planificación, formulación, desarrollo y seguimiento de los programas y actuaciones en el ámbito de las adicciones.

j) Fomento, participación, colaboración y apoyo a las asociaciones, las fundaciones o cualquier otra entidad sin ánimo de lucro de autoayuda en materia de adicciones y drogodependencias.

k) Efectividad, eficiencia y evaluación continua de los resultados de las actuaciones y programas que se desarrollen en esta materia.

l) Calidad de los servicios y prestaciones.

Artículo 4. *Fundamentos básicos del modelo de prevención y atención integral a las adicciones y drogodependencias.*

El modelo de prevención y atención integral a las adicciones y drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Euskadi se basa en los siguientes fundamentos básicos:

a) Enfoque de salud pública, en cuyo marco resulta esencial diseñar una política de prevención y atención a las adicciones que tenga en cuenta los determinantes de la salud y actúe sobre el estilo de vida, no solo basándose en medidas de nivel individual, sino también sustentada en actuaciones orientadas a modelar el entorno para que favorezca una vida saludable.

b) Paradigma de salud en todas las políticas, en virtud del cual se impulsa la búsqueda de sinergias entre distintos sectores, niveles de administración y agentes sociales, con el fin de lograr resultados en salud más eficaces, equitativos y sostenibles, que los alcanzables por la acción en solitario del sector sanitario.

c) Aproximación integral a las adicciones, en cuyo marco, se consideran tanto las adicciones a sustancias –ya se trate de legales o ilegales–, como las adicciones sin sustancia o comportamentales.

d) Las diferentes intervenciones planificadas habrán de estar basadas en la evidencia científica disponible.

e) Estrategia de reducción de riesgos y daños, como aspecto transversal que impregna todas las intervenciones en las áreas de prevención, asistencia e inclusión social y que tiene como objetivos:

e.1 Modificar las conductas susceptibles de aumentar los efectos especialmente graves para la salud asociados al uso de sustancias con capacidad adictiva o a las adicciones comportamentales.

e.2 Disminuir los efectos especialmente negativos que pueden producir, en el ámbito personal y social, algunas formas de consumo de sustancias con capacidad adictiva o conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.

f) Educación para la salud, con el fin de prevenir y promover hábitos saludables, especialmente en las personas menores de edad y en la juventud.

Artículo 5. *Objetivos generales.*

1. Son objetivos generales de la ley los siguientes:

a) Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con problemas por consumos de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva, así como por las adicciones comportamentales, especialmente en el caso de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad o exclusión.

b) Potenciar la implantación y desarrollo de programas efectivos de prevención comunitaria, educativa, familiar y laboral.

c) Capacitar y empoderar a las familias como entorno más cercano a las personas profesionales de la enseñanza para que en el medio educativo fomenten hábitos de vida saludable y fortalecer la organización comunitaria y el movimiento asociativo.

d) Facilitar la integración y la inclusión de las personas con adicciones tanto a drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como por las adicciones comportamentales.

e) Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva, evitando el consumo en menores de edad, y prevenir la aparición de conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales en este colectivo.

f) Abordar el consumo inadecuado o excesivo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva, así como la adquisición de conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales, y reducir los niveles de consumo mediante la disminución de la oferta y la demanda.

g) Evitar los daños asociados al consumo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva, así como los consumos de riesgo, especialmente entre las personas menores de edad y la juventud y evitar asimismo los riesgos asociados a conductas excesivas que pueden generar adicciones comportamentales.

h) Modificar las percepciones, actitudes y comportamientos de las personas y de las instituciones respecto al consumo inadecuado o excesivo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva, así como la adquisición de conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales, en el marco de una conciencia social participativa y solidaria.

i) Dar respuesta a las nuevas realidades sociales y a los nuevos patrones de consumo.

2. En la consecución de los objetivos establecidos en este artículo se otorgará, en razón de su mayor vulnerabilidad, particular atención tanto a la perspectiva de género como a las personas menores de edad y a la juventud.

Artículo 6. *Derechos y obligaciones.*

1. Las personas consumidoras de sustancias con capacidad adictiva, o quienes presenten conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales, no serán objeto de discriminación por razón de su circunstancia y podrán ejercer sus derechos en los mismos términos que el resto de la ciudadanía.

2. Cuando sean usuarias de servicios sociales, de servicios de salud o de servicios sociosanitarios, las personas consumidoras de sustancias con capacidad adictiva, o quienes presentan conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales, disfrutarán de los derechos reconocidos para las personas usuarias de tales servicios en las leyes sectoriales vigentes tanto de servicios sociales como de salud y en sus disposiciones de desarrollo, especialmente las referidas a los derechos y obligaciones de las personas en materia de atención sanitaria, según corresponda a la naturaleza social, sanitaria o mixta del servicio. Asimismo, deberán cumplir con las obligaciones establecidas para las personas usuarias en dichas normas.

3. Asimismo, las personas mayores de edad consumidoras de cannabis, que formen parte de entidades legalmente registradas y sin ánimo de lucro, no serán objeto de discriminación por razón de dichos consumos, siempre que se realicen de forma responsable y de conformidad con la legislación vigente.

Artículo 7. *Definiciones.*

Además de las definiciones incluidas en el artículo 2, a los efectos de la presente ley se entiende por:

a) Adicción a sustancia: estado psicorgánico originado por la absorción periódica o continua de una sustancia, caracterizado por una tendencia al consumo compulsivo y continuado de dicha sustancia.

b) Adicciones sin sustancia o comportamentales: conductas excesivas, que sin consistir en el consumo de sustancias psicoactivas, se caracterizan por la tendencia irreprimible y continuada a la repetición de una conducta perjudicial para la persona que la presenta o también para su entorno familiar, social y laboral directo, por la incapacidad de controlarla a pesar de intentarlo y por el mantenimiento de la conducta a pesar de sus consecuencias perjudiciales.

c) Atención integral: conjunto de actuaciones de carácter biopsicosocial que se ofrecen a las personas pacientes, a las familias y a la comunidad, ya sean de promoción o prevención ya sean de asistencia e inclusión social.

d) Atención sanitaria: proceso diagnóstico o terapéutico dirigido a superar el estado de salud físico, psicológico y social procedente de la cronicidad del uso de la sustancia o de una conducta excesiva, aun cuando no sea constitutiva de una adicción.

e) Atención sociosanitaria: conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad en la atención.

f) Deshabituación: proceso terapéutico para la eliminación o disminución de una dependencia, con independencia de la naturaleza de esta, y para recuperar la salud física y mental de la persona, comprendiendo la asistencia tanto sanitaria como de servicios sociales y sociosanitaria, así como la rehabilitación.

g) Desintoxicación: proceso terapéutico orientado a la interrupción de la dependencia física producida por el consumo de una sustancia psicoactiva exógena al organismo, así como a prevenir y mitigar los síntomas de abstinencia secundarios de tal interrupción.

h) Disminución de riesgos: intervenciones orientadas a modificar las conductas asociadas a efectos perjudiciales de las adicciones, tanto drogodependencias como adicciones comportamentales.

i) Dispositivos susceptibles de liberación de nicotina: un producto, o cualquiera de sus componentes, incluidos los cartuchos y el dispositivo sin cartucho, que pueda utilizarse para el consumo de vapor que contenga nicotina a través de una boquilla. Estos pueden ser desechables, recargables mediante un contenedor de carga o recargables con cartucho de un solo uso.

j) Drogodependencia: adicción a una o más sustancias psicoactivas o alteración de la conducta caracterizada por el deseo fuerte, a veces insuperable, de obtener y consumir una o varias drogas; dicho deseo adquiere la máxima prioridad y puede acompañarse de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas.

k) Inclusión social: proceso de incorporación de una persona a su entorno habitual como ciudadana o ciudadano responsable y autónomo, en el que se incluyen tanto la recuperación de las capacidades individuales de inclusión social como los cambios sociales necesarios para la aceptación de las personas con adicciones.

l) Factor de protección: característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que disminuye la probabilidad de que se produzca el consumo problemático o abuso de sustancias o conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.

m) Factor de riesgo: característica, circunstancia, condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de que se produzca el consumo problemático o abuso de sustancias o conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.

n) Objetivos intermedios: conjunto de actuaciones asistenciales, integradas en los procesos de deshabituación, con objeto de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que presentan adicciones con alta cronicidad.

o) Prevención: es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a potenciar los factores de protección y a reducir la incidencia y la prevalencia de los factores y conductas de riesgo precursoras de las adicciones.

p) Promoción de la salud: proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Incluye todas las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, así como aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de fomentar su impacto favorable o mitigar su impacto negativo en la salud pública e individual.

q) Sustancias con capacidad adictiva: aquellas que, administradas al organismo, sean capaces de provocar cambios en la conducta, producir efectos perniciosos para la salud, o el bienestar o crear dependencia.

r) Reducción de daños: intervenciones dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos del consumo de sustancias, así como de las adicciones comportamentales o de las patologías asociadas a dichos consumos.

TÍTULO PRIMERO

Promoción de la salud y prevención de las adicciones

Artículo 8. *Carácter y extensión de la promoción de la salud y prevención de las adicciones.*

1. Desde el enfoque de salud pública se primarán las actuaciones sobre la promoción de la salud y la prevención de las adicciones, constituyendo el área de actuación preferente y prioritaria en esta materia.

2. De conformidad con lo establecido en el artículo 2.1.c) de la presente ley, y salvo que expresamente se refiera otra cosa, la referencia a las adicciones incluirá los factores de riesgo precursores de los anteriores, los consumos problemáticos de sustancias y las conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales.

3. Conforme a lo establecido en el artículo 2.4 de la presente ley, las medidas contenidas en este título sobre promoción de la salud y prevención de las adicciones se extenderán también a otras conductas excesivas en la actualidad no conceptualizadas como adicciones comportamentales.

Artículo 9. *Educación para la salud.*

1. En las actuaciones y medidas dirigidas a la atención integral de las adicciones y las drogodependencias, y desde el enfoque de salud pública, la educación para la salud es una estrategia básica, tanto en la promoción de la salud como en la prevención de las adicciones y drogodependencias.

2. La educación para la salud promoverá la responsabilidad personal y social, incorporando conocimientos, actitudes y hábitos saludables, y contribuirá al desarrollo de valores, actitudes y habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud individual y colectiva, mediante la capacitación para tomar las decisiones más adecuadas para el cuidado de la propia salud y la de los demás.

3. A su vez, la educación para la salud se dirigirá a evitar las adicciones tanto a drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como las comportamentales, ya se trate tanto en consumo como en conductas, y los factores de riesgo precursores de los anteriores.

4. La educación para la salud implicará a todas las personas y grupos que, por su ámbito de actuación, puedan favorecer y facilitar la extensión de la estrategia, en particular respecto de aquellas personas o colectivos especialmente vulnerables.

5. La educación para la salud como estrategia utilizará todas las metodologías disponibles a su alcance, principalmente la gestión del conocimiento por parte de profesionales de la salud, la educación individualizada y colectiva, los medios de comunicación masivos y las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones para abarcar amplios sectores de la sociedad.

6. Las administraciones públicas competentes en materia educativa y sanitaria ejecutarán planes y políticas de educación para la salud en sus ámbitos correspondientes, poniendo especial atención en aquellos que tienen capacidad educativa y que atiendan preferentemente a las personas menores de edad y a la juventud.

CAPÍTULO I

Promoción de la salud

Artículo 10. *La promoción de la salud en el ámbito de las adicciones.*

La promoción de la salud individual y colectiva en relación con las adicciones, tanto a drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como las comportamentales, y con los factores de riesgo y las conductas precursoras, incluirá todas las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para el mantenimiento y la mejora de su salud y calidad de vida, así como a promover la modificación de las condiciones socioeconómicas y ambientales, con el fin de fomentar su impacto favorable o mitigar su impacto negativo en la salud de las personas.

Artículo 11. *Objetivos de la promoción de la salud en el ámbito de las adicciones.*

En el marco de la presente ley, la promoción de la salud se orientará a la consecución de los siguientes objetivos:

a) Promocionar, tanto desde la perspectiva individual como desde la comunitaria, los usos y conductas responsables y una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo problemático tanto a drogas y de otras sustancias con capacidad adictiva como de la adopción de conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.
b) Potenciar la sensibilidad social y el conocimiento del impacto de las adicciones en la salud de las personas, tanto a drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como las comportamentales, y de las conductas de riesgo precursoras de ambas.
c) Proporcionar a las personas conocimientos, capacidades, habilidades, medios y herramientas que les permitan adoptar conductas tendentes al mantenimiento y a la mejora de su salud y de su equilibrio emocional.

Artículo 12. *Medidas de promoción de la salud en el ámbito de las adicciones.*

1. La promoción de la salud en el ámbito de las adicciones tanto a drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como de las adicciones comportamentales, y de las conductas de riesgo precursoras de ambas, se realizará mediante políticas, programas y actuaciones consistentes en:

a) Información adecuada y veraz a la población en general sobre la mejora de la salud y la calidad de vida saludable, sobre todo en el ámbito de los medios de comunicación.
b) Fomento de un desarrollo ordenado de las personas en las esferas física, mental y social.
c) Fomento de la adquisición de hábitos saludables de alimentación, de ocio y ejercicio físico y de equilibrio emocional.
d) Creación de las condiciones que faciliten a las personas y a la sociedad la elección de las opciones más saludables.
e) Intervención sobre los factores protectores o de riesgo y sobre sus determinantes sociales, ambientales y económicos.
f) Integración de la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en la práctica clínica de la atención primaria, especialmente en lo relativo al alcohol y al tabaco.
g) Fomento de intervenciones de promoción que fortalezcan y protejan la salud mental, desde una perspectiva positiva.
h) Evaluación de la efectividad de los programas y actuaciones de intervención en promoción de la salud.

2. Las actuaciones de promoción de la salud en el ámbito de las adicciones tanto a drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como de las comportamentales, y de las conductas de riesgo precursoras de ambas, se dirigirán al conjunto de la población y prestarán especial atención a las personas menores de edad y a la juventud, así como a las personas y a los colectivos sociales más vulnerables.

CAPÍTULO II

Prevención de las adicciones

Artículo 13. *Prevención de las adicciones.*

1. En el marco de esta ley, las medidas de prevención se aplicarán a las adicciones, a los factores de riesgo precursores de estas, a los consumos problemáticos y a las conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales.
2. Las administraciones públicas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, y muy especialmente en el sistema de salud, en el de los servicios sociales y en el educativo, medidas preventivas orientadas a la sensibilización e información de la población:

a) Sobre el fenómeno social de las adicciones.

b) Sobre el potencial adictivo de determinadas conductas, en particular la dedicación excesiva a los juegos de azar y a las tecnologías digitales y a sus nuevas aplicaciones.

c) Sobre las características y consecuencias perjudiciales de todos ellos.

3. Los poderes públicos, dentro de los ámbitos de actuación que les correspondan, potenciarán intervenciones preventivas para mejorar las condiciones de vida, para superar los factores personales, familiares o sociales de exclusión que inciden en las adicciones, y para facilitar la inclusión normalizada de las personas afectadas en su entorno comunitario.

Según lo establecido en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, las actuaciones de estos que se dirijan al análisis y a la prevención de las causas estructurales que originan la exclusión, a la integración de la ciudadanía en su entorno personal, familiar y social, y a la promoción de la normalización social, se considerarán como áreas de actuación preferente, y deberán ser potenciadas dentro de los programas de servicios sociales existentes.

4. De forma complementaria a los objetivos generales en materia de educación para la salud establecidas en el artículo 9 de la presente ley, los servicios de salud pública y de atención primaria de salud actuarán preventivamente, en coordinación con los agentes del ámbito comunitario, mediante estrategias y programas para promover hábitos de vida saludable, así como acciones informativas, campañas de detección precoz y modificación de hábitos inadecuados o abusivos.

5. Las actuaciones de prevención se dirigirán al conjunto de la población en todas las etapas de la vida y, en particular, serán objeto de especial atención las personas y grupos expuestos a factores de riesgo, las personas menores de edad y la juventud y las personas y colectivos de población en situación de mayor vulnerabilidad.

6. Los ámbitos prioritarios de actuación preventiva serán el familiar, el comunitario, el educativo y el laboral, que deberán coordinarse entre sí y con agentes sociales, sobre todo comunitarios, para la efectiva eficacia de las medidas a aplicar.

Artículo 14. *Objetivos en el ámbito de la prevención de adicciones.*

La acción preventiva desarrollada en el ámbito de la presente ley se orientará a la consecución de los siguientes objetivos:

a) Extender y fortalecer los factores de protección como inhibidores de los consumos problemáticos de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva y de la aparición de conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.

b) Eliminar o, en su caso, minimizar los factores de riesgo capaces de generar daños específicos de carácter individual, familiar, laboral y del entorno.

c) Retrasar al máximo la edad de inicio del consumo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva, así como de inicio en conductas excesivas que conlleven riesgo de desarrollo de adicciones comportamentales.

d) Eliminar y, en su caso, limitar los consumos problemáticos de riesgo y abusos, así como otras conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.

e) Promover la adopción de pautas de moderación y responsabilidad en conductas y consumos que, cuando son excesivos, presentan el riesgo de generar adicciones.

Artículo 15. *Prevención en el ámbito familiar.*

1. Siendo la familia un elemento fundamental en la educación y formación de los hijos e hijas y en la transmisión de estrategias, valores habilidades y competencias para prevenir las adicciones, se pondrán en marcha intervenciones y programas destinados a sensibilizar a las personas progenitoras o tutoras sobre la transcendencia de su papel en la promoción de factores de protección durante la infancia y la adolescencia.

2. En el marco de la intervención preventiva, la familia será objeto de especial protección, con el fin de:

a) Mejorar las competencias educativas y de gestión familiar.

b) Reforzar la resistencia del núcleo familiar a la exposición y el consumo.

c) Reducir los factores de riesgo e incrementar en las hijas e hijos los factores de protección frente a los consumos problemáticos de sustancias, reforzando así la función de

la familia como agente de prevención, en especial en el caso de las familias que cuentan con personas menores de edad y jóvenes.

3. Las administraciones públicas establecerán cauces de colaboración y coordinación efectivos y eficientes entre todos los organismos públicos competentes, asociaciones de padres y madres, y entidades privadas y entidades sin ánimo de lucro que intervienen en este ámbito de actuación.

4. Se arbitrarán las siguientes medidas de prevención:

a) Mantenimiento de actuaciones de sensibilización, información, formación, orientación, asesoramiento e intervención psicoeducativa o psicosocial sobre las adicciones dirigidas al conjunto de familias, así como su mantenimiento a través de la intervención comunitaria.

b) En el caso de las conductas adictivas y de las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales, las medidas estarán orientadas:

b.1 A mejorar el conocimiento sobre las adicciones comportamentales, sobre el patrón evolutivo de ciertas conductas que pueden conducir a ellas y sobre las consecuencias perjudiciales de dichas conductas, tanto para la persona que las presenta como para su entorno familiar directo.

b.2 A impulsar iniciativas orientadas a la capacitación o alfabetización tecnológica de las personas progenitoras o tutoras u otras personas adultas de referencia, con el fin de que puedan promover un uso responsable, equilibrado y seguro de las tecnologías digitales y de sus nuevas aplicaciones.

c) Actuaciones para mejorar las condiciones de implicación de las personas progenitoras o tutoras en la educación de sus hijas e hijos, y favorecer la conciliación de la vida profesional y familiar.

d) Actuaciones para mejorar las intervenciones preventivas para las personas progenitoras o tutoras desarrollando nuevos modelos formativos.

e) Desarrollo de medidas dirigidas a familias que se encuentran en situación de riesgo o de mayor vulnerabilidad:

e.1 Información, asesoramiento, orientación e intervención socioeducativa y psicosocial.

e.2 Intervención desde los servicios de salud mental orientada a reforzar las competencias parentales de personas en situación de vulnerabilidad debido a la presencia de trastornos crónicos o transitorios.

e.3 Intervención familiar por parte de los servicios sociales en casos de riesgo social.

e.4 Actuaciones educativas orientadas a dotar a las personas progenitoras o tutoras u otras personas adultas de referencia de capacidades y habilidades específicas para potenciar los factores de protección ante consumos y conductas de riesgo, así como para fomentar actitudes y actos saludables a través del proceso educativo que se produce en el medio familiar.

5. Todas las actuaciones preventivas adoptadas en el ámbito familiar se inspirarán en el principio de parentalidad positiva, en aras al interés superior del hijo o hija, fundamentado en el refuerzo activo de sus capacidades, el entorno estructurado, su reconocimiento, la no violencia y la orientación de su comportamiento para posibilitar su pleno desarrollo.

Artículo 16. *Prevención en el ámbito comunitario.*

1. La prevención en el ámbito comunitario, que tiene carácter de prioritaria, alcanza aquellos recursos y personas que mayor influencia tienen sobre la población o los grupos de mayor interés como centros educativos, servicios socioculturales, asociaciones juveniles, culturales, deportivas y de voluntariado, colectivos de profesionales y centros de trabajo.

2. La prevención en el ámbito comunitario se desarrollará preferentemente, en función de sus competencias, por parte de los ayuntamientos y mancomunidades, por la cercanía de los servicios que prestan a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

3. Las actuaciones en materia de prevención comunitaria:

a) Promoverán la implicación efectiva y la participación coordinada y sin solapamientos de las administraciones públicas, organizaciones y entidades sociales de la propia comunidad.

b) Favorecerán las actuaciones coordinadas entre los servicios públicos, las asociaciones de padres y madres, y otras entidades sociales, dirigidas a fomentar las habilidades educativas, a incrementar la competencia de las personas progenitoras o tutoras y a promover la implicación de la familia en las actividades escolares y comunitarias.

c) Potenciarán el impulso de las actividades preventivas y la mejora de las habilidades personales y de convivencia en el marco de una política global que favorezca la coordinación y las sinergias entre las diversas instituciones y entidades sociales, culturales, educativas y sanitarias que concurren en la comunidad natural.

d) Velarán para que la planificación de equipamientos y servicios socio-culturales contemple el adecuado equilibrio e igualdad de oportunidades en el conjunto de la comunidad.

4. A efectos de lo previsto en el apartado anterior, en el ámbito comunitario se arbitrarán, entre otras, las siguientes medidas de prevención:

a) Intervenciones dirigidas al conjunto de la población, así como otras dirigidas específicamente a las personas menores de edad y la juventud, orientadas a sensibilizar e informar acerca de las adicciones, vehiculadas a través del ámbito socioeducativo en espacios comunitarios, de los medios de comunicación locales y de las tecnologías digitales y de sus nuevas aplicaciones.

b) Se llevarán a cabo acciones de información y sensibilización, orientadas a mejorar el conocimiento, con respecto:

b.1 A lo que son y a lo que no son las adicciones comportamentales, especialmente en la dimensión del fenómeno a nivel local.

b.2 Al patrón evolutivo de conductas adictivas o excesivas susceptibles de general adicciones.

b.3 A las consecuencias perjudiciales para la persona que las presenta y para su entorno familiar directo.

c) Reforzamiento de las medidas y programas de juego responsable, en colaboración con los establecimientos de juego y con los establecimientos de hostelería.

Artículo 17. *Prevención en el ámbito educativo.*

1. El ámbito educativo constituye un pilar básico en las actuaciones preventivas, dado que el medio escolar es fundamental para que la persona, desde sus etapas infantiles y juveniles, llegue a desarrollar competencias sobre cuestiones relativas a su salud y bienestar de forma constructiva y respetuosa hacia sí misma y hacia las otras personas.

2. Por todo ello, se arbitrarán las siguientes medidas de prevención, a desarrollar no solo con carácter puntual, sino preferentemente a lo largo del curso escolar:

a) Medidas dirigidas a los diferentes sectores de la comunidad educativa:

a.1 Información y sensibilización al alumnado de todas las edades sobre los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a las conductas excesivas en ámbitos diversos: juegos de azar, utilización de la televisión y de las tecnologías digitales (Internet, redes sociales, videojuegos, telefonía móvil) y sus nuevas aplicaciones, así como sobre los riesgos asociados a otras conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales.

a.2 Desarrollo en el currículo de los temas relacionados con las adicciones, reforzando especialmente, por su novedad, el uso adecuado y racional de las nuevas tecnologías, con el fin de evitar conductas excesivas que pudieran derivar en adicción comportamental.

Con carácter general se priorizará el uso de recursos que fomenten en el alumnado el autoconocimiento, la autoestima y el manejo de las emociones y el control de la impulsividad, la propia autonomía y la toma de decisiones y los valores prosociales de aceptación.

a.3 Desarrollo de programas formativos dirigidos a personal docente y no docente y a las personas progenitoras o tutoras, en los que se desarrollen los recursos pedagógicos que fomenten en el alumnado los aspectos recogidos en el párrafo anterior.

En los programas formativos destinados a la formación digital del profesorado se reforzarán los aspectos relacionados con la prevención y el fomento de un uso adecuado de las nuevas tecnologías, así como los aspectos relativos a su uso racional por parte del alumnado.

a.4 Desarrollar en los proyectos educativos de los centros, en los reglamentos de organización y funcionamiento o en los reglamentos de régimen interno, así como en los proyectos de convivencia, medidas para favorecer la integración global de los alumnos en el centro y la promoción de un ambiente físico y relacional favorable a la salud, promoviendo el progresivo afianzamiento de criterios de equilibrio y de moderación entre actividades escolares, culturales y de ocio como pautas de ocio saludable. Asimismo, dentro de la planificación de tutoría y orientación, se prestará especial atención al desarrollo de estos aspectos.

b) Medidas dirigidas a personas menores de edad que se encuentran en situación de riesgo, orientadas a que el alumno o la alumna tome conciencia del riesgo de desarrollar una adicción a alguna sustancia o adicción comportamental y potencie sus competencias para hacerles frente, poniendo a su disposición instrumentos de autocontrol o autoevaluación.

3. Para la adopción de las medidas señaladas anteriormente, además de fomentar la participación de todas y todos los integrantes de la comunidad educativa, de las personas profesionales del ámbito de la salud, de las entidades sociales que trabajan en estos ámbitos y de las asociaciones de padres y madres, se coordinarán las actuaciones previstas fundamentalmente en el marco de los correspondientes planes sobre adicciones, teniendo en cuenta las condiciones particulares de la comunidad donde el centro educativo esté localizado.

Artículo 18. *Prevención en el ámbito de las personas menores de edad y la juventud en situación de alto riesgo.*

1. Respecto de las personas menores de edad y la juventud con consumos problemáticos y conductas excesivas en situación de alto riesgo de generar una adicción, la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi desarrollará programas preventivos e intervenciones adaptadas a su situación, en los que podrán participar entidades o recursos especializados en la prevención y los recursos sanitarios y sociales, así como la familia de la persona menor.

2. Las intervenciones se realizarán en la medida de lo posible con la familia de la persona menor, y se coordinarán con los servicios sanitarios y sociales de conformidad con el artículo 27 de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

Artículo 19. *Prevención en el medio laboral.*

1. El departamento del Gobierno Vasco competente en materia de trabajo, por medio del órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laborales, potenciará acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales, la incorporación de medidas de prevención en la empresa y la implicación del empresario o empresaria en ellas, la modulación de potestades disciplinarias, la conservación del empleo y la reserva de los puestos de trabajo de los trabajadores y trabajadoras con problemas de adicciones durante su proceso de tratamiento.

2. Las acciones preventivas de las adicciones que, fruto del acuerdo entre organizaciones empresariales y sindicales, se decidan promover en el ámbito laboral, sin perjuicio de las específicas y obligadas acciones preventivas reguladas en la normativa sobre prevención de riesgos laborales, se orientarán:

a) A favorecer entornos laborales saludables y libres de sustancias o de las circunstancias que pueden generar adicciones.

b) A detectar e intervenir precozmente los consumos de drogas o conductas de riesgo o excesivas en el ámbito laboral.

c) A utilizar el medio laboral como mecanismo útil de deshabituación del consumo de sustancias o conductas con riesgo de generar adicciones comportamentales en el medio

laboral, favoreciendo el acceso de las personas afectadas al tratamiento que precisan preservando su privacidad.

d) A vigilar y promover que las adicciones y los factores de riesgo precursores de las anteriores, los consumos problemáticos de sustancias y las conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales no se conviertan en un instrumento de discriminación en el medio laboral y sean tratadas con la debida confidencialidad.

Artículo 20. *Medidas de prevención en el ámbito laboral.*

La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, a través del órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laborales, en colaboración con las gestoras y los gestores de las distintas administraciones públicas, los empresarios y las empresarias, las asociaciones empresariales y sindicales y otras y otros agentes concernidos, promoverá, en el marco de los servicios, actividades y participación previstos en la legislación sectorial vigente en materia de prevención de riesgos laborales, la puesta en marcha:

a) De medidas de carácter general:

a.1 Información y sensibilización acerca de las adicciones a las empresas y a las trabajadoras y a los trabajadores.

En el caso de las conductas adictivas o excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales, las medidas estarán orientadas a mejorar el conocimiento sobre estas últimas y sus consecuencias perjudiciales, otorgando una especial consideración a las conductas excesivas relacionadas con la actividad laboral, susceptibles de generar una adicción al trabajo.

a.2 Elaboración de protocolos y guías de salud, y puesta en marcha de programas de vigilancia, detección precoz y prevención de las adicciones, así como asistencia a las personas trabajadoras que resulten afectadas por esas circunstancias, que será facilitada por la persona empresaria, según los términos de la negociación colectiva y de los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales.

a.3 Limitación del acceso a sustancias con capacidad adictiva en el ámbito laboral, medidas orientadas a la reducción de la demanda de sustancias y a limitar el recurso a las conductas con riesgo de generar adicciones comportamentales en el ámbito laboral.

a.4 Integración en la evaluación de riesgos psicosociales de los factores y condiciones de trabajo que favorecen la aparición de las adicciones.

a.5 Formación de las personas empresarias, de los representantes y las representantes de las personas trabajadoras y de estas últimas.

b) Medidas dirigidas a grupos o a personas en situación de riesgo:

b.1 Acciones de prevención sobre consumo de bebidas alcohólicas y tabaco y las referidas a aquellos sectores, actividades o condiciones laborales en los que el consumo de sustancias tenga mayor riesgo sobre la persona trabajadora u otras personas, que tendrán además carácter prioritario.

b.2 Desarrollo de un protocolo de actuación en caso de riesgo grave o inminente para el trabajador o trabajadora o para terceras personas.

b.3 En el supuesto de conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales –en particular, juego problemático o patológico, o uso excesivo de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones–, informar a la persona afectada de los programas y estructuras de apoyo existentes.

b.4 Acciones conjuntas y coordinadas entre el personal de la sanidad de los servicios de prevención de la empresa y del sistema sanitario para la detección de situaciones de riesgo.

b.5 Inclusión de la exposición al humo ambiental del tabaco como factor de riesgo en la evaluación de riesgos de los puestos de trabajo de lugares en los que se respire humo de tabaco.

Artículo 21. *Prevención en el ámbito de los medios de comunicación social.*

1. Las administraciones públicas vascas competentes, en colaboración con los medios de información y comunicación, especialmente con los de titularidad pública, adoptarán en este ámbito medidas preventivas de las adicciones, con el objeto de:

a) Difundir una información adecuada sobre las adicciones, sobre su prevalencia en la población y sobre sus consecuencias, con el fin de evitar tanto alarmas injustificadas como la banalización de determinados consumos o conductas, así como para generar en la ciudadanía estados de opinión y actitudes críticas.

b) Difundir campañas y mensajes de carácter preventivo.

c) Consensuar el tratamiento de la cuestión en los medios de información y comunicación.

d) Luchar contra la formación de imágenes positivas o atractivas en relación con determinados consumos o conductas excesivas susceptibles de adoptar un patrón adictivo, especialmente los juegos de azar, y las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones.

2. Los medios de comunicación de titularidad pública incorporarán en su programación habitual contenidos dirigidos a difundir mensajes preventivos.

3. Para la difusión de sus campañas institucionales sobre prevención de las adicciones a sustancias y de las adicciones comportamentales, el órgano de apoyo y asistencia regulado en la presente ley dispondrá de espacios gratuitos de publicidad en los medios de comunicación de titularidad pública de la Comunidad Autónoma, hasta al menos el 5% del tiempo dedicado a la publicidad en cada una de las franjas horarias elegidas por el propio órgano y durante todo el tiempo que duren las campañas.

Las administraciones públicas vascas, los organismos autónomos, los entes públicos de derecho privado y las empresas públicas dependientes de ellas contribuirán a la difusión de las referidas campañas institucionales en el ámbito de sus competencias, mediante la cesión de los espacios o lugares tanto interiores como exteriores destinados a publicidad de los que sean titulares.

Teniendo en cuenta la importancia de las redes sociales como estructuras sociales que permiten la relación, interactuación y comunicación entre personas, así como la organización, la producción, la transformación, la difusión y el intercambio de información y conocimiento, las administraciones públicas vascas promoverán un uso responsable de las redes sociales realizarán campañas de sensibilización y prevención, y llevarán a cabo acciones preventivas de las específicamente dirigidas a ese entorno, en colaboración con las empresas proveedoras de redes públicas de comunicación o prestadoras de servicios de comunicaciones, así como con las organizaciones de personas usuarias.

Artículo 22. *Prevención en el ámbito del deporte, del ocio y del tiempo libre.*

1. Las administraciones públicas vascas competentes en materia de salud, juventud, deportes, cultura y educación fomentarán una política integral de modelos del uso del tiempo libre alternativos al consumo de sustancias, comportamientos adictivos y otras conductas de riesgo y excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales, fundamentalmente entre jóvenes y adolescentes.

2. Para ello, realizarán las siguientes actuaciones de forma coordinada con las organizaciones empresariales de los sectores afectados:

a) Adopción de formas saludables y diversificadas de utilización de la diversión, del ocio y del tiempo libre.

b) Promoción del uso responsable de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones en su consideración de diversión, ocio y tiempo libre.

c) Articulación de mecanismos para que los locales de venta de bebidas realicen actividades promocionales de bebidas no alcohólicas y, en general, actividades promotoras de formas de diversión no ligadas al consumo de alcohol como medida preventiva ligada a las personas jóvenes, especialmente.

d) Impulso del asociacionismo juvenil y la participación de las asociaciones en programas de ocupación, de ocio, deportivos o culturales, especialmente en el caso de los colectivos sociales de riesgo.

e) Actuaciones preventivas en el uso de sustancias destinadas a mejorar el rendimiento deportivo.

Artículo 23. *Prevención en el ámbito del medio ambiente y urbanístico.*

Las administraciones públicas vascas velarán por la consecución de un medio ambiente saludable, por un desarrollo urbano equilibrado y una planificación del territorio basados en criterios de solidaridad, igualdad y racionalidad, como factor de superación de las causas que inciden en la aparición de las adicciones a sustancias, de las comportamentales y de las conductas de riesgo precursoras de las dos anteriores, contribuyendo a la eliminación de los focos de marginalidad y a la regeneración del tejido urbano y social, por su posible incidencia en el fenómeno de las adicciones. Las administraciones públicas vascas promoverán la inclusión de estas medidas en las distintas directrices de ordenación del territorio.

Artículo 24. *Prevención en los ámbitos judicial, penitenciario y de seguridad.*

1. La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi desarrollará programas de asesoramiento, apoyo y colaboración, en materia de las adicciones, con juzgados y tribunales, Ministerio Fiscal, policía judicial y asociaciones de carácter social.
2. Asimismo, impulsará programas de educación para la salud destinados a las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, internadas en las instituciones penitenciarias existentes en la Comunidad Autónoma de Euskadi o en situación de cumplimiento alternativo de penas.
3. El departamento del Gobierno Vasco competente en materia de seguridad desarrollará, en colaboración con otros departamentos del Gobierno Vasco y otras administraciones públicas de Euskadi, actuaciones para la prevención de las adicciones.

TÍTULO II

Reducción de la oferta

Artículo 25. *Criterios de actuación policial.*

1. Los cuerpos de la Policía del País Vasco, en el ejercicio de las funciones que otorga el ordenamiento jurídico a cada uno de ellos, perseguirán el tráfico ilícito de drogas, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, y colaborarán con otras instituciones en acciones dirigidas a la prevención y control de la oferta, la demanda y los consumos de drogas.
2. La actuación policial dirigida a la persecución del tráfico ilícito de drogas, sustancias estupefacientes y psicotrópicas tendrá en consideración los siguientes criterios:

a) Operar sobre las organizaciones delictivas y las redes de distribución ilícita de drogas y de sustancias con capacidad adictiva.
b) Investigar las actividades conexas al tráfico ilícito de drogas, incluidas las relacionadas con las actividades económicas de toda índole vinculadas al fenómeno.
c) Potenciar la persecución del tráfico ilícito de cada sustancia, atendiendo a los informes contrastados de alerta temprana que el departamento competente en materia de salud del Gobierno Vasco realice sobre cada una de ellas.

3. La Ertzaintza realizará actuaciones de vigilancia y control para evitar la participación de personas menores de edad en juegos cuyo acceso les está prohibido por ley.
4. Asimismo, la Ertzaintza realizará labores de vigilancia y control de las medidas de reducción de la oferta de las distintas sustancias contempladas en la presente ley, con especial énfasis en la protección de las personas menores de edad.

CAPÍTULO I

De las limitaciones a la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de bebidas alcohólicas

Sección 1.ª Limitaciones a la publicidad y a la promoción del consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 26. *Publicidad en materia de bebidas alcohólicas.*

La publicidad de bebidas alcohólicas deberá respetar, en todo caso, las siguientes limitaciones:

1. No podrá estar dirigida específicamente a personas menores de edad o embarazadas, ni en particular presentar a personas menores de edad o a gestantes consumiendo bebidas alcohólicas.
2. Queda prohibida la utilización de la imagen y de la voz de personas menores de edad en la publicidad de bebidas alcohólicas, no pudiendo aquellas protagonizar ni figurar, de ningún modo, en los anuncios e informaciones publicitarios.
3. No deberá asociarse el consumo de alcohol a una mejora del rendimiento físico, a la conducción de vehículos o al manejo de armas, ni dar la impresión de que dicho consumo contribuye al éxito social o sexual, ni sugerir que tiene propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante, o que constituye un medio para resolver conflictos. Tampoco podrá asociarse este consumo a prácticas educativas, sanitarias o deportivas.
4. No deberá estimular el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas u ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad, ni subrayar como cualidad positiva de las bebidas su alto contenido alcohólico.
5. Solo se podrán hacer reproducciones gráficas de las marcas o nombres comerciales que estén debidamente registrados, a los cuales en todo caso deberá ir unida la mención, con caracteres bien visibles, de los grados de alcohol de la bebida a que se refieren.

Artículo 27. *Promoción de bebidas alcohólicas.*

1. Cuando la actividad de promoción del consumo de bebidas alcohólicas superiores a 20 grados se lleve a cabo con ocasión de ferias, muestras y actividades similares, la promoción se realizará en espacios diferenciados y separados, y no se permitirá el acceso a las personas menores de edad que no vayan acompañadas de personas adultas. En la entrada se deberá colocar un cartel que advierta de tal prohibición.
2. Queda prohibido cualquier tipo de promoción que pueda inducir al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, especialmente las que puedan incitar a ello por medio de ofertas, premios, sorteos, concursos o rebajas de sus precios en el interior de los establecimientos donde esté autorizada su venta para el consumo en el propio local.
3. Se prohíbe la promoción de bebidas alcohólicas mediante la difusión a menores de edad, por cualquier medio, de prospectos, carteles, invitaciones u otra clase de objeto en el que se mencionen bebidas alcohólicas, sus marcas o sus empresas productoras o los establecimientos en los que se realice su consumo.

Artículo 28. *Publicidad exterior e interior en materia de bebidas alcohólicas.*

1. Queda prohibida la publicidad exterior de bebidas alcohólicas, de más de 20 grados, entendiendo por tal aquella publicidad susceptible de atraer, mediante imagen, sonido o cualquier otro medio, la atención de las personas que permanezcan o discurran por ámbitos de utilización general o en lugares abiertos.

Además, queda prohibida la publicidad exterior de bebidas alcohólicas en soportes ubicados a una distancia inferior a 100 metros lineales de la puerta de acceso de los centros educativos de Educación Infantil, Primaria y Secundaria.

Quedan exceptuadas de estas prohibiciones las señales indicativas propias de los puntos de producción y venta legalmente autorizados, que estarán sometidas, no obstante, a las limitaciones del artículo 26.

2. Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas en los siguientes locales públicos:

a) Aquellos destinados a un público compuesto predominantemente por menores de 18 años.

b) Centros sanitarios, sociales, sociosanitarios y docentes, así como sus accesos.

c) Cines y locales donde se celebren espectáculos.

d) Interior de los transportes públicos, estaciones y locales de los puertos y aeropuertos destinados al público.

e) Dependencias de las administraciones públicas.

3. Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas de más de 20 grados en instalaciones y centros deportivos.

4. Queda prohibida la publicidad de bebidas alcohólicas mediante su distribución por buzones, por correo, por teléfono, por medios telemáticos y, en general, mediante mensajes que se envíen a un domicilio, salvo que estos vayan dirigidos nominalmente a mayores de 18 años, o que dicha publicidad no supere el 30%, en relación con el conjunto del soporte publicitario.

Artículo 29. *Publicidad de bebidas alcohólicas en medios de comunicación.*

1. Los periódicos, revistas y demás publicaciones, así como cualquier medio de comunicación auditivo, visual o audiovisual, sea impreso, electrónico o digital, editados en Euskadi, estarán sometidos a las siguientes limitaciones:

a) Se prohíbe la inclusión en ellos de publicidad de bebidas alcohólicas, si van dirigidos a personas menores de 18 años.

b) En los demás casos, se prohíbe que la publicidad de bebidas alcohólicas aparezca en la primera página, en las páginas de deportes, en las que contengan espacios dirigidos a personas menores de 18 años y en las dedicadas a pasatiempos.

2. Se prohíbe la emisión de programas de televisión desde los centros emisores de televisión ubicados en Euskadi y realizados en la comunidad autónoma en los que las personas que presentan el programa, o quienes sean entrevistadas, aparezcan junto a bebidas alcohólicas o mencionen sus marcas, nombres comerciales, logotipos y otros signos identificativos o asociados a tales productos.

3. Queda prohibida la emisión de publicidad de bebidas alcohólicas desde los centros emisores de radio ubicados en Euskadi, en el horario comprendido entre las 08:00 y las 22:00 horas.

4. Queda prohibida la emisión de publicidad de bebidas alcohólicas, incluidos los denominados de publicidad por emplazamiento, desde los centros de televisión ubicados en Euskadi en el horario comprendido entre las 08:00 y las 22:00 horas.

Se entiende por publicidad por emplazamiento aquella técnica publicitaria utilizada sobre todo en los medios de comunicación audiovisuales, que consiste en la inserción del producto, marca o mensaje dentro del contenido del programa.

Artículo 30. *Otras formas de publicidad en materia de bebidas alcohólicas.*

1. Se prohíbe la publicidad de marcas, objetos o productos que, por su denominación, vocabulario, grafismo o modo de presentación o cualquier otra causa, puedan derivar de forma indirecta o encubierta en publicidad de bebidas alcohólicas.

2. Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas con ocasión o mediante el patrocinio de actividades educativas o sociales, o a través de promociones, tales como concursos, rifas y otras formas similares de inducción al consumo.

3. Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas de más de 20 grados con ocasión o mediante el patrocinio de actividades deportivas y culturales.

En cualquier caso, queda prohibida la publicidad de bebidas alcohólicas con ocasión o mediante el patrocinio de actividades deportivas y culturales dirigidas mayoritariamente a personas menores de edad.

Sección 2.ª Limitaciones al suministro y venta de bebidas alcohólicas

Artículo 31. *Suministro y venta de bebidas alcohólicas.*

1. Se prohíbe la venta o el suministro de bebidas alcohólicas a las siguientes personas:

a) A personas menores de edad.
b) A diferentes profesionales a los que se alude en el artículo 33.2 de la presente ley.

2. Queda prohibida la venta o suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas expendedoras.
3. Se prohíbe la venta o el suministro de bebidas alcohólicas en los siguientes lugares:

a) Los locales y centros, que por las actividades y servicios que ofrecen, estén preferentemente destinados a un público compuesto por personas menores de edad.
b) Los centros que impartan enseñanza a alumnado de hasta 18 años.
c) En las instalaciones en que se celebren competiciones deportivas, así como en los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales.
d) La vía pública, salvo en terrazas, veladores o actividades y eventos que cuenten con autorización expresa municipal.

4. No se permitirá la venta o el suministro de bebidas alcohólicas de más de 20 grados, a excepción de en los lugares expresamente autorizados para ello, en:

a) En los centros que impartan enseñanza a alumnos y alumnas mayores de 18 años.
b) En las dependencias de las administraciones públicas.
c) En las estaciones de servicio de autovías y autopistas.
d) En espacios recreativos, como parques temáticos y otros de entretenimiento y de divulgación del conocimiento.

5. No se permitirá la venta o el suministro de bebidas alcohólicas en establecimientos comerciales no destinados al consumo inmediato de bebidas alcohólicas, con independencia de su régimen horario, desde las 22:00 horas hasta las 07:00 horas del día siguiente.
Estos establecimientos deberán adoptar medidas especiales de control para evitar la venta de bebidas alcohólicas a las personas menores de 18 años. En los establecimientos de autoservicio, la exposición de bebidas alcohólicas se realizará en una sección concreta, y estarán colocadas a partir de una altura mínima de 1,50 metros y con una restricción de superficie de escaparate, de no más de un 20%. El autoservicio podrá tener las bebidas detrás de una barra si su venta está controlada por una persona, o en una vitrina cerrada con llave.
6. Todos los lugares aludidos en los apartados precedentes recogerán la prohibición mediante el correspondiente cartel situado en un lugar perfectamente visible.
Asimismo, en todas las actividades y establecimientos en los que está permitida la venta de bebidas alcohólicas, se deberán colocar de forma visible carteles que adviertan de la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a personas menores de edad.
Reglamentariamente se determinarán las características de los carteles a los que se refieren los dos apartados anteriores.
7. Se prohíbe la venta y el suministro a personas menores de edad de cualquier producto que imite los envases de bebidas alcohólicas.

Artículo 32. *Limitaciones a la entrada y permanencia en establecimientos donde se sirvan bebidas alcohólicas.*

1. Se prohíbe la entrada y permanencia de personas menores de 16 años en establecimientos públicos cerrados que sirvan bebidas alcohólicas, tales como bares, salas de fiesta, discotecas, espectáculos o salas de recreo público y, en general, en cualesquiera lugares o establecimientos públicos en los que se venda o consuma alcohol, salvo que vayan acompañados de sus progenitores y progenitoras o personas responsables.
2. En los lugares aludidos en el párrafo anterior deberán colocarse de forma visible carteles que adviertan de dicha prohibición.

Sección 3.ª Limitaciones al consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 33. *Consumo de bebidas alcohólicas.*

1. Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas por personas menores de 18 años.
2. Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas por parte de las personas que se encuentran prestando servicios o en disposición de prestarlo, como:

a) Personas que conducen vehículos de servicio público.
b) Personal de los centros sanitarios, sociales o educativos, públicos o privados.
c) Miembros de cuerpos armados y demás profesionales que, por el desempeño de sus funciones, porten armas de fuego.
d) Personal que trabaje con personas menores de edad.
e) En general, todas aquellas cuya actividad, de realizarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, pudiera poner en riesgo o causar un daño contra su vida o integridad física o las de terceras personas.

3. Se tendrá en cuenta que son diferentes las causas que inciden en el consumo de bebidas alcohólicas por hombres y mujeres, y también se estudiarán sus consecuencias.

CAPÍTULO II

De las limitaciones a la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de tabaco

Sección 1.ª Limitaciones a la publicidad y a la promoción del consumo de tabaco

Artículo 34. *Publicidad en materia de tabaco.*

Se prohíbe toda publicidad de productos del tabaco, con las siguientes excepciones:

1. Las publicaciones destinadas exclusivamente a profesionales que intervienen en el comercio del tabaco.
2. Las publicaciones que contengan publicidad de productos del tabaco editadas o impresas en países que no forman parte de la Unión Europea, siempre que dichas publicaciones no estén destinadas principalmente al mercado comunitario, y salvo que estén dirigidas principalmente a las personas menores de edad.

Artículo 35. *Promoción en materia de tabaco.*

1. Se prohíbe el patrocinio y cualquier otra forma de promoción de los productos del tabaco en todos los medios y soportes, incluidas las máquinas expendedoras y los servicios de la sociedad de la información, con la excepción de las presentaciones de productos del tabaco a profesionales del sector en el marco de la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria, así como la promoción de dichos productos en las expendedurías de tabaco y timbre del Estado, siempre que no tengan como destinatarias a las personas menores de edad ni suponga la distribución gratuita de tabaco o de bienes y servicios relacionados exclusivamente con productos del tabaco o con el hábito de fumar o que lleven aparejados nombres, marcas, símbolos o cualesquiera otros signos distintivos que sean utilizados para los productos del tabaco. En todo caso, el valor o precio de los bienes o servicios citados no podrá ser superior al 5% del precio de los productos del tabaco que se pretenda promocionar.

En ningún caso dichas actividades podrán realizarse en los escaparates ni extenderse fuera de dichos establecimientos, ni dirigirse al exterior.

2. Se prohíbe, fuera de la red de expendedurías de tabaco y timbre, la distribución gratuita o promocional de productos, bienes o servicios, u otras acciones dirigidas de forma directa o indirecta a la promoción del tabaco.

Artículo 36. *Publicidad de tabaco en medios de comunicación.*

Se prohíbe en todos los medios de comunicación editados en la Comunidad Autónoma de Euskadi la emisión de programas o imágenes en los que las personas que presentan el programa, las entrevistadas, las colaboradoras o las invitadas aparezcan fumando, o mencionen o muestren, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos y otros signos identificativos o asociados a productos del tabaco.

Artículo 37. *Otras formas de publicidad en materia de tabaco.*

No se permitirá la publicidad de marcas, objetos o productos que, por su denominación, vocabulario, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa, puedan derivar indirecta o encubiertamente en publicidad de tabaco, salvo en los estancos o aquellos espacios directamente relacionados con el desarrollo de actividades profesionales del sector del tabaco.

Sección 2.ª Limitaciones al suministro y venta de tabaco

Artículo 38. *Suministro y venta de productos del tabaco.*

1. La venta y suministro al por menor de productos del tabaco solo podrá realizarse en la red de expendedurías de tabaco y timbre o por medio de máquinas expendedoras ubicadas en establecimientos que cuenten con las oportunas autorizaciones administrativas.

2. Sin perjuicio de lo anterior, a los bares, restaurantes y demás establecimientos de restauración cerrados que cuenten con autorización administrativa otorgada por el Comisionado para el Mercado de Tabacos, se les permitirá la venta manual de cigarros y cigarritos provistos de capa natural.

3. Se prohíbe vender o suministrar tabaco, sus productos y labores a personas menores de 18 años. Igualmente, se prohíbe vender o suministrar a personas menores de 18 años imitaciones de tabaco que puedan suponer una incitación al uso de este o de sus productos y labores.

4. En los establecimientos en los que está autorizada la venta y suministro de productos de tabaco se instalarán, en lugar visible y con caracteres legibles, carteles indicativos al respecto. Estos carteles deberán, además, informar de la prohibición de venta de tabaco a personas menores de 18 años y advertir sobre los perjuicios para la salud derivados del uso del tabaco. En estos establecimientos se exigirá a todas las personas compradoras, salvo que sea evidente que son mayores de edad, acreditar dicha edad mediante documento de valor oficial.

5. Se prohíbe la comercialización, la venta y el suministro de cigarrillos y cigarritos no provistos de capa natural en unidades sueltas o empaquetamientos de menos de 20 unidades.

6. Se prohíbe, en el ejercicio de una actividad comercial o empresarial, la entrega, el suministro o la distribución de muestras de cualquier producto del tabaco, sean o no gratuitas, y la venta de productos del tabaco con descuento.

Se presume que la entrega, el suministro o la distribución de muestras tiene lugar en el ejercicio de una actividad comercial o empresarial cuando se efectúa directamente por la persona fabricante, productora, distribuidora, importadora o vendedora.

7. Queda expresamente prohibida la venta o el suministro al por menor de productos del tabaco de forma indirecta o no personal, mediante la venta a distancia o procedimientos similares.

Artículo 39. *Limitaciones al suministro y venta de productos del tabaco a través de máquinas expendedoras.*

La venta y el suministro a través de máquinas expendedoras se realizará de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Uso: se prohíbe a las personas menores de 18 años el uso de máquinas expendedoras de productos del tabaco.

2. Ubicación: las máquinas expendedoras de productos del tabaco solo podrán ubicarse en el interior de quioscos de prensa situados en la vía pública, en locales específicos de venta de prensa con acceso directo a la vía pública y en las tiendas de conveniencia previstas en el artículo 5.4 de la Ley 1/2004, de 21 de diciembre, de Horarios Comerciales, que estén ubicadas en estaciones de servicio o que aporten certificación acreditativa de esa condición, expedida por la autoridad competente en materia de comercio, así como en:

a) Hoteles y establecimientos análogos.
b) Bares, restaurantes y demás establecimientos de restauración cerrados.
c) Salas de fiesta y establecimientos de juego.

En paralelo a la venta a través de máquinas expendedoras, se permitirá la venta manual de cigarros y cigarritos provistos de capa natural en dichos locales que cuenten con la autorización administrativa otorgada por el Comisionado para el Mercado de Tabaco.

No se podrán ubicar en las áreas anexas o de acceso previo a los locales, como son las zonas de cortavientos, porches, pórticos, pasillos de centros comerciales, vestíbulos, distribuidores, escaleras, soportales o lugares similares que puedan ser parte de un inmueble pero no constituyen propiamente el interior de este.

3. Características: para garantizar el uso correcto de estas máquinas, deberán incorporar los mecanismos técnicos adecuados que permitan impedir el acceso a menores de edad.

4. Incompatibilidad: en estas máquinas no podrán suministrarse otros productos distintos del tabaco.

5. Registro: las máquinas expendedoras de tabaco se inscribirán en un registro especial gestionado por el Comisionado para el Mercado de Tabacos.

6. Advertencia sanitaria: en la superficie frontal de las máquinas figurará, de forma clara y visible, en euskera y en castellano, una advertencia sanitaria sobre los perjuicios para la salud derivados del uso del tabaco, especialmente para las personas menores de edad.

Sección 3.ª Limitaciones al consumo de tabaco en cuanto que afecta a terceras personas

Artículo 40. *Consumo de tabaco.*

1. Se prohíbe fumar en todos los espacios cerrados y semicerrados de uso público, lugares accesibles al público en general o lugares de uso colectivo, con independencia de su titularidad pública o privada. No obstante, en el caso de espacios cerrados y semicerrados de titularidad privada de uso público, el consumo de tabaco podrá permitirse expresamente, mediante acuerdo mayoritario de las personas socias, reflejado en las normas estatutarias reguladoras de la actividad de la entidad, que deberá carecer de ánimo de lucro y no incluir entre su objeto social o actividades la comercialización o compraventa de cualesquiera bienes o productos consumibles.

A los efectos de esta ley, se entiende por espacios semicerrados todas las zonas ubicadas fuera de un local cerrado que estén cubiertas por techumbre o paredes en más del 50% de su superficie y no se encuentren permanentemente ventiladas por aire del exterior que permita garantizar la eliminación de humos de forma natural.

2. En particular, se prohíbe fumar en los siguientes lugares:

a) Centros de trabajo públicos y privados, salvo los espacios al aire libre.

b) Centros y dependencias de las administraciones públicas y entidades de derecho público, salvo los espacios al aire libre.

c) Centros, servicios y establecimientos sanitarios, incluidas las zonas anejas cerradas, semicerradas y al aire libre.

d) Centros docentes y formativos, incluidas las zonas anejas cerradas, semicerradas y al aire libre. En los centros universitarios y en los dedicados especialmente a la formación de personas adultas, se permite a la dirección del centro habilitar zonas para fumar, fuera de los espacios cerrados y semicerrados.

e) Instalaciones deportivas, incluidas las zonas anejas cerradas, semicerradas y al aire libre. En estas últimas zonas al aire libre, podrán habilitarse lugares anexos a los espacios de hostelería, que deberán estar claramente acotados y señalizados.

f) Lugares donde se desarrollen espectáculos públicos, incluso al aire libre, cuando las actividades desarrolladas vayan dirigidas prioritariamente a personas menores de edad.

g) Parques infantiles y áreas o zonas de juego para la infancia que contengan equipamiento o acondicionamientos destinados específicamente para el juego y esparcimiento de menores debidamente acotados, incluso al aire libre.

h) Zonas destinadas a la atención directa al público.

i) Centros comerciales, incluyendo grandes superficies y galerías, salvo los espacios al aire libre.

j) Hoteles y establecimientos análogos, salvo los espacios al aire libre. No obstante, se podrá reservar hasta un 30% de habitaciones fijas para personas fumadoras. Las habitaciones para fumadores y fumadoras deberán cumplir con los siguientes requisitos:

j.1 Estar en áreas separadas del resto de las habitaciones y con ventilación independientes o con otros dispositivos para la eliminación de humos.

j.2 Estar señalizadas con carteles permanentes en el exterior de la puerta de acceso y en el interior de la habitación.

j.3 Que la clienta o el cliente reciba previa información del tipo de habitación que se pone a su disposición.

j.4 Que el personal no pueda acceder a ellas mientras se encuentre alguna o algún cliente en su interior, salvo en casos de emergencia.

k) Bares, restaurantes y demás establecimientos de restauración cerrados o semicerrados.

l) Centros de ocio o esparcimiento, salvo en los espacios al aire libre.

m) Centros, alojamientos y otros establecimientos de atención social, salvo los espacios al aire libre.

n) Centros culturales, salas de lectura, salas de exposición y de conferencias, bibliotecas y museos.

o) Salas de teatro, cine y otros espectáculos públicos que se realicen en espacios cerrados o semicerrados.

p) Salas de fiesta, establecimientos de juego o de uso público en general, salvo en los espacios al aire libre.

q) Áreas o establecimientos donde se elaboren, transformen, preparen, degusten o vendan alimentos o bebidas.

r) Ascensores y elevadores.

s) Cabinas telefónicas, recintos de los cajeros automáticos y otros espacios cerrados de uso público de reducido tamaño. Se entiende por espacio de uso público de reducido tamaño aquel que no ocupe una extensión superior a 5 metros cuadrados.

t) Estaciones de autobuses, salvo los espacios que se encuentren por completo al aire libre, vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano, vehículos de transporte de empresas, taxis, ambulancias, funiculares y teleféricos.

u) Todos los espacios del transporte suburbano (vagones, andenes, pasillos, escaleras, estaciones, etcétera), salvo los espacios que se encuentren por completo al aire libre.

v) Estaciones, puertos y medios de transporte ferroviario y marítimo, salvo los espacios que se encuentren al aire libre.

w) Aeropuertos, salvo los espacios al aire libre.

x) Estaciones de servicio y similares.

y) En cualquier otro lugar en el que, por mandato de esta ley o de otra norma o por decisión de su titular, se prohíba fumar.

3. En los centros o dependencias en los que existe prohibición legal de fumar deberán colocarse a la entrada, en lugar visible y en caracteres legibles, carteles que anuncien la prohibición del consumo de tabaco.

Artículo 41. *Excepciones a las limitaciones de consumo de tabaco.*

1. Con carácter general, se prohíbe fumar en establecimientos cerrados. Excepcionalmente, podrán habilitarse zonas donde puedan fumar personas privadas de libertad, personas mayores o con discapacidad, enfermedad mental, toxicomanías o que por

otros motivos de salud permanezcan ingresadas en determinados espacios cerrados, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

a) Los espacios donde se permita fumar estarán separados físicamente del resto de las dependencias del centro. De igual modo, estarán completamente compartimentados y no serán zonas de paso obligado para personas no fumadoras.
b) Contarán con un sistema de ventilación adecuado para garantizar la eliminación del humo del tabaco.
c) En ningún caso la superficie de la zona habilitada para fumar superará el 10% de la superficie del establecimiento.
d) En los espacios habilitados para fumar, solamente las personas pacientes, residentes o privadas de libertad podrán fumar, y en ningún caso se permitirá la presencia de menores de edad.
e) Estos espacios deberán estar visiblemente señalizados.

2. Las personas titulares de los centros deberán comprometerse a organizar programas de deshabituación tabáquica, dirigidos a las personas mencionadas en el apartado anterior, con el objetivo de intentar conseguir el abandono o reducción del consumo de tabaco entre dichas personas.

CAPÍTULO III

De las limitaciones a la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina

Artículo 42. *Publicidad.*

Se prohíbe toda publicidad de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina con las siguientes excepciones:

1. Las publicaciones destinadas exclusivamente a profesionales que intervienen en el comercio de tales artículos.
2. Las publicaciones que contengan publicidad de tales artículos editadas o impresas en países que no forman parte de la Unión Europea, siempre que dichas publicaciones no estén destinadas principalmente al mercado comunitario, salvo que estén dirigidas principalmente a las personas menores de edad.

Artículo 43. *Promoción.*

1. Se prohíbe el patrocinio o cualquier otra forma de promoción de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina en todos los medios o soportes, incluidas las máquinas expendedoras y los servicios de la sociedad de la información, salvo en los establecimientos en que se comercialicen, siempre que no tengan por destinatarios o destinatarias personas menores de edad ni suponga distribución gratuita del producto.
2. Se prohíbe, fuera de los establecimientos en que se comercialicen, la distribución gratuita o promocional de productos, bienes o servicios u otras acciones dirigidas de forma directa o indirecta a la promoción de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

Artículo 44. *Publicidad en medios de comunicación.*

Se prohíbe en todos los medios de comunicación editados en la Comunidad Autónoma de Euskadi la emisión de programas o imágenes en los que las personas que presenten, las que son entrevistadas, las que colaboran o las que asisten como invitadas, aparezcan utilizando los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina o mencionen o muestren, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos y otros signos identificativos o asociados a tales artículos.

Artículo 45. *Otras formas de publicidad.*

1. No se permitirá la publicidad de marcas, objetos o productos que, por su denominación, vocabulario, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa, puedan

derivar indirectamente o encubiertamente en publicidad de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, salvo en los establecimientos autorizados para su comercialización.

2. No podrá publicitarse que estos dispositivos son métodos sustitutivos del consumo de tabaco ni que son inocuos y están exentos de riesgos para la salud.

3. Se prohíbe la publicidad de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina con ocasión o mediante patrocinio de actividades deportivas, educativas, culturales o sociales, o a través de promociones tales como concursos, rifas y otras formas similares de inducción al consumo.

Artículo 46. *Suministro y venta.*

El suministro y la venta de los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, comercializados con las debidas condiciones de seguridad y etiquetado, se realizará conforme a las siguientes limitaciones:

1. Se prohíbe vender o suministrar dispositivos susceptibles de liberación de nicotina a las personas menores de 18 años.

2. En los lugares en que se comercialicen tales productos se instalarán, en lugar visible, carteles indicativos al respecto, debiendo informar, además, de la prohibición de venta a personas menores de 18 años y advertir de que tienen nicotina y que pueden perjudicar la salud.

En estos establecimientos se exigirá a todas las personas compradoras, salvo que sea evidente que son mayores de edad, acreditar dicha edad mediante documento de valor oficial.

3. Se prohíbe, en el ejercicio de una actividad comercial o empresarial, la entrega, el suministro o la distribución de muestras de cualquier dispositivo susceptible de liberación de nicotina, sean o no gratuitas, y la venta de estos artículos con descuento.

Se presume que la entrega, suministro o distribución de muestras tiene lugar en el ejercicio de una actividad comercial o empresarial cuando se efectúa directamente por la persona fabricante, productora, distribuidora, importadora o vendedora.

4. Por lo que respecta a la venta y suministro de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina a través de máquinas expendedoras, se aplicará el mismo régimen que el establecido en el artículo 39 para el tabaco, debiendo figurar en la superficie frontal de las máquinas una advertencia sanitaria de que estos productos tienen nicotina y pueden perjudicar la salud, especialmente para las personas menores de edad.

Artículo 47. *Consumo.*

Por lo que respecta al consumo de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, se aplica el mismo régimen que el establecido en el artículo 40 de esta ley para el consumo de tabaco, debiendo colocarse en todos los centros y dependencias en los que exista prohibición de consumo a la entrada, en lugar visible y de forma legible, carteles que anuncien la prohibición del consumo y los lugares que, en su caso, se encuentren habilitados para su consumo.

CAPÍTULO IV

Limitaciones a otras sustancias

Artículo 48. *Medicamentos.*

1. La Administración sanitaria, en el marco de la legislación vigente, prestará especial atención al control y a la inspección de los medicamentos –incluidos los que contengan sustancias estupefacientes y psicotrópicas– en las fases de producción, distribución y dispensación, así como al control y a la inspección de los laboratorios, centros o establecimientos que los produzcan, elaboren o importen, de los almacenes mayoristas y de las oficinas de farmacia.

2. En relación con la prevención y la correcta utilización de los medicamentos, la Administración sanitaria:

a) Realizará el seguimiento de la utilización por parte de la población de estos medicamentos, para conocer los tipos y las cantidades de productos utilizados, así como otros aspectos que pudieran tener relevancia para la salud pública, atendiendo particularmente a la perspectiva de género.

b) Prestará especial atención a la educación para la prevención del uso extraterapéutico de estos medicamentos mediante campañas de concienciación de las personas usuarias potenciales y efectivas, y de información general y específica de los productos en cuestión; asimismo, prestará especial atención a la prevención del desvío de tales sustancias al tráfico ilícito.

c) Establecerá cauces de relación con el estamento médico y con el farmacéutico, a fin de concretar planes tendentes al uso moderado de estos medicamentos, así como a la detección de consumos abusivos, para paliarlos.

Artículo 49. *Otras sustancias.*

1. El Gobierno Vasco, a fin de prevenir la incorrecta utilización de los productos de uso doméstico o industrial y las sustancias volátiles que reglamentariamente se determinen, llevará a cabo las siguientes actuaciones:

a) Fomentará el uso de etiquetas adicionales en las que se informe de la toxicidad o peligrosidad de dichos productos.

b) Potenciará la utilización, en la fabricación de tales productos, de sustancias adicionales que disuadan de emplearlos en forma peligrosa y carezcan de efectos perniciosos para las personas usuarias.

2. No se podrán suministrar y vender estos productos a personas menores de edad.

3. Los productos que contengan estas sustancias no podrán ser presentados de manera que, por su color, forma, grafismo y otras circunstancias, puedan atraer especialmente la atención de personas menores de edad.

CAPÍTULO V

Limitaciones sobre los servicios o establecimientos relacionados con conductas susceptibles de generar adicciones comportamentales

Artículo 50. *Limitaciones sobre la actividad de juego.*

1. La actividad de juego quedará sujeta a lo previsto en la Ley 4/1991, de 8 de noviembre, del Juego del País Vasco y en su normativa de desarrollo, así como en cualquier otra disposición normativa internacional, estatal o autonómica de pertinente aplicación.

2. Con carácter específico, y con el fin de prevenir la aparición de situaciones de juego problemático o juego patológico, el Gobierno Vasco impulsará las siguientes medidas:

a) Medidas orientadas a garantizar la aplicación efectiva de los principios de juego responsable:

a.1 Es obligatorio facilitar en todos los entornos de juego la información suficiente y necesaria para que las personas usuarias sepan que el juego no es una fuente de ingresos ni un modo de ganarse la vida, sino simplemente una alternativa de ocio, por lo que debe practicarse de modo responsable, controlado y moderado. Ello se concretará en material informativo a disposición de las personas jugadoras, así como en cartelería y avisos visibles.

a.2 Establecer para las personas titulares de las empresas de juego la obligación de organizar y ofrecer a las personas empleadas cursos de formación en materia de juego responsable. La asistencia a dichos cursos será obligatoria para las personas titulares y empleadas de las empresas de juego.

b) Medidas orientadas a modificar el contexto de juego:

b.1 Fomentar la responsabilidad social corporativa del sector del juego para que el conjunto de prácticas empresariales sean abiertas y transparentes, basadas en valores éticos y en el respeto hacia las personas empleadas, las personas jugadoras, la sociedad en general y el medio ambiente.

b.2 Buscar una oferta de juego que incorpore elementos que moderen las características que más inciden en su potencial adictivo.

b.3 Promover que las empresas de juego autorizadas y sus empleados y empleadas no concedan préstamos a las personas jugadoras ni les concedan pago aplazado.

b.4 Contrarrestar con mecanismos físicos de enfriamiento y sosegamiento la necesidad imperiosa de obtener dinero en efectivo en los lugares donde se desarrolle la actividad de juego.

b.5 Contar con protocolos específicos para el control y la auditoría del juego, basados en tecnologías de la información y en sistemas de monitorización en el control e inspección del juego.

b.6 Promover entornos de juego con parámetros ambientales y sonoros respetuosos.

c) Medidas orientadas a limitar la disponibilidad de los juegos de azar:

c.1 Planificar una oferta de juego equilibrada y coherente en cuanto a establecimientos, número de máquinas y configuración de los locales, con especial atención a las zonas muy frecuentadas por personas menores de edad.

d) Medidas orientadas a la limitación de la publicidad de los juegos de azar:

d.1 Adecuar la promoción informativa de los juegos de azar a las previsiones de la normativa autonómica vigente en materia de juego.

d.2 Adoptar mecanismos de control efectivos orientados a verificar el cumplimiento de los límites normativos vigentes en relación con la publicidad de juegos de azar.

d.3 Vincular la autorización de acciones promocionales y publicitarias de actividades de juego a la inclusión de mensajes informativos de juego responsable.

e) Medidas orientadas a la protección de colectivos vulnerables:

e.1 Prohibir la práctica del juego a personas menores de edad, a personas incapacitadas legalmente y a personas incluidas en la relación de prohibidas para el juego para el que tengan prohibición, así como a quienes perturben el orden, la tranquilidad y el desarrollo de los juegos.

e.2 Prohibir la admisión en establecimientos de juego (casinos, bingos, salones de juego, locales de apuesta y administraciones de lotería) a personas menores de edad, a personas incapacitadas legalmente e incluidas en la relación de prohibidas para el tipo de local para el que tengan prohibición, así como a quienes perturben el orden, la tranquilidad y el desarrollo de los juegos.

e.3 Articular mecanismos para controlar la aplicación efectiva de las prohibiciones de admisión.

e.4 Realizar campañas de sensibilización e información del juego responsable y de las prohibiciones de juego en medios de comunicación, orientadas a la protección de colectivos vulnerables, incidiendo en las consecuencias del juego desarrollado de forma no responsable.

3. Todas las medidas previstas en el presente artículo son de aplicación tanto a la oferta de juegos presencial como a la oferta de juegos on line.

Artículo 51. *Limitaciones sobre la oferta de medios susceptibles de generar y promover el uso excesivo de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones.*

Con el fin de prevenir los riesgos que pueda generar un uso excesivo de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones, las administraciones públicas aplicarán las siguientes medidas:

1. Muy especialmente por parte de la Administración educativa, y en coordinación con agentes privados o privadas, desarrollo de actuaciones y programas específicos de protección a la infancia y a la adolescencia, dirigidos a la adquisición de habilidades y capacidades que permitan utilizar Internet, las tecnologías digitales, los videojuegos y las redes sociales de forma adecuada y segura.

2. Medidas orientadas a mejorar la información sobre los riesgos asociados a una utilización excesiva de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones, promoviendo la

inclusión de mensajes preventivos en los videojuegos, en las páginas web de ocio, moda y actividades recreativas con sede o editadas en Euskadi, así como en sus redes sociales, en particular cuando dichas redes tienen como público preferente a la población infantil, adolescente y juvenil.

3. Medidas orientadas a la protección de colectivos vulnerables:

a) Promover el diseño de programas que permitan controlar y limitar el tiempo de conexión a Internet, a las redes sociales y a los videojuegos, para su puesta a disposición, con carácter gratuito, de cualquier persona que lo solicite, y en particular, de familias con hijos e hijas menores de edad.

b) Promover el diseño de un sistema de autoexclusión de acceso a videojuegos en línea, similar al existente en el ámbito de los juegos de azar.

TÍTULO III

Asistencia sanitaria y sociosanitaria

Artículo 52. *Principios generales de la asistencia sanitaria y sociosanitaria.*

1. Corresponde a la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Euskadi proporcionar atención sanitaria a las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, y coordinar con la red de servicios sociales la atención sociosanitaria a este colectivo.

2. Dentro de las prestaciones sanitarias de la cartera de servicios del Sistema Vasco de Salud, y de los previstos en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales de Euskadi, se prestará una atención integral a las diferentes necesidades individuales que puedan plantear las personas afectadas por algún tipo de adicción, ya sea a sustancia con capacidad adictiva o comportamental. Dicha atención se prestará de manera equitativa en todo el territorio, con la participación activa de la comunidad y siempre garantizando la colaboración efectiva entre ámbitos y servicios.

Artículo 53. *Criterios en la prestación de asistencia.*

En las actuaciones sanitarias relativas a las adicciones, los servicios de salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi adecuarán sus prestaciones a los siguientes criterios:

a) La prestación asistencial a personas con adicciones o en riesgo de padecerlas se proporcionará de una manera global, integral y respetuosa con la singularidad de cada paciente, de acuerdo a sus necesidades, concretas e individuales, protegiendo los derechos de todas las personas y asegurando un acceso en equidad e igualdad a las prestaciones públicas existentes, en los términos y condiciones previstas en la normativa vigente sobre régimen de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

b) Se respetarán, en todo caso, los valores y la libertad de conciencia de las personas atendidas que, de modo autónomo y responsable, consientan o rechacen determinadas intervenciones, procedimientos o prestaciones.

c) En todo momento se buscará la normalización, de forma que la asistencia se preste dentro de las estructuras y los dispositivos ordinarios y comunes a todo el sistema sanitario, evitando la aplicación de procesos que impliquen excepcionalidad o estigmatización de las personas pacientes, con la salvedad que las características de este tipo de asistencia requiera en el caso de pacientes en procesos específicos de deshabituación o desintoxicación, de atención a la patología dual u otros que se puedan determinar.

d) La atención sanitaria tenderá principalmente a la desintoxicación y a la deshabituación, a la disminución de riesgos, a la reducción de daños y a la mejora de las condiciones generales de salud y de la calidad de vida de las personas que presenten una adicción.

e) Los programas sanitarios dirigidos a las personas que presenten una adicción incluirán los tratamientos avalados por la evidencia científica. La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en el marco de su cartera de servicios, fomentará la implantación de nuevas técnicas y programas terapéuticos que puedan contribuir a la mejora

de la efectividad de la asistencia, de acuerdo con el conocimiento científico actualizado e independiente.

f) La atención a los problemas de salud de las personas que presenten una adicción se realizará prioritariamente en el ámbito comunitario, utilizando preferentemente los recursos asistenciales extrahospitalarios y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Siempre que sea posible, se posibilitará la permanencia en el entorno habitual y se buscará la participación activa de la comunidad en las distintas fases de la asistencia.

g) La hospitalización de las personas pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades correspondientes de los hospitales.

h) La oferta terapéutica será integral, y se evitará la atención fragmentada o desigual. A efectos de asegurar una continuidad de cuidados se coordinarán los diversos recursos existentes, tanto sanitarios como comunitarios y sociales. Para ello, en cada territorio histórico se llevará a cabo anualmente, en el contexto del plan operativo sociosanitario de cada consejo territorial sociosanitario, la planificación conjunta operativa entre los servicios de salud y los servicios sociales.

i) Los servicios de salud mental y atención primaria mantendrán una coordinación efectiva, en cuanto a la detección, la orientación y el tratamiento de las adicciones.

j) La distribución territorial de los servicios será equitativa, y se buscará un aprovechamiento racional de los recursos.

k) En relación con los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de estas sustancias, se estará a lo dispuesto en su normativa específica.

Artículo 54. *Servicios sanitarios y sociosanitarios.*

Los servicios y los equipamientos destinados a la atención de las personas con adicciones se integran en los recursos de la red sanitaria, tales como la atención primaria, salud mental, atención hospitalaria, asistencia en emergencias, atención sociosanitaria y en la red de servicios sociales de atención primaria y secundaria.

En concreto, las administraciones con responsabilidades en materia sociosanitaria, de conformidad con la normativa vigente, garantizarán, a las personas con adicciones y a sus familias, la prestación de los siguientes servicios:

a) Acceso a los recursos sanitarios y sociosanitarios.

b) Información, orientación, asesoramiento, valoración singularizada y evaluación de la situación personal y familiar.

c) Intervención y cuidados de carácter personal, psicosocial, socioeducativo, técnico y doméstico, orientados a la integración de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas.

d) Servicios de desintoxicación, deshabituación, reducción de daños, tratamientos sustitutivos y atención a las complicaciones orgánicas y psíquicas y a las urgencias derivadas del consumo de drogas y de las adicciones comportamentales.

e) Programas específicos dirigidos a la población dependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario, incluidos los relacionados con la comorbilidad (es decir, la coexistencia en la misma persona de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico).

f) Actuaciones, programas y servicios específicos para personas con adicciones y en alta exclusión social: acogimiento, educación para la salud, promoción de condiciones de vida saludables, prevención o rehabilitación, integración y mejora de las capacidades personales, y de reducción de riesgos y de reducción de daños.

g) Actuaciones de orientación, asesoramiento y ayuda psicoeducativa –y, en su caso, terapéutica–, y otras medidas de apoyo, dirigidas a las familias de personas con adicciones o en riesgo de padecerlas.

h) Desarrollo de sistemas de información dirigidos a las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas y a sus familiares o responsables legales, sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios, y los procedimientos para cursar sugerencias y reclamaciones.

Artículo 55. *Atención a colectivos específicos.*

1. Las administraciones con responsabilidades en materia sociosanitaria atenderán debidamente a la perspectiva de género en todos sus programas, servicios y actuaciones, y se establecerán abordajes específicos en aquellas situaciones en las que la adicción se vea acompañada por otras circunstancias sociológicamente caracterizadas, como la violencia machista, cuya concurrencia hace más dificultosa la recuperación.

2. Los centros y servicios sanitarios de atención primaria, salud mental, atención hospitalaria, asistencia en emergencias, atención sociosanitaria, en coordinación con la red de servicios sociales de atención primaria y secundaria, dispondrán de protocolos, normas y herramientas para la detección, diagnóstico, valoración integral y tratamiento de menores de edad con adicciones o en riesgo de padecerlas y para el refuerzo de las conductas saludables, estableciendo, si es necesario, planes individualizados de tratamiento, asegurando la continuidad de su atención y facilitando la implicación de las familias y responsables legales.

3. Las administraciones con responsabilidades en materia sociosanitaria prestarán especial atención a las personas en situación de alta cronicidad, máximo riesgo sanitario, desprotección y alta exclusión social.

4. Se formularán programas específicos destinados a la población reclusa con adicciones o en riesgo de padecerlas, ya se trate de adicciones a sustancia o comportamentales. Asimismo, se establecerán programas de igual naturaleza con destino a personas con adicciones o en riesgo de padecerlas que estén internas en centros de protección o reforma de menores.

Artículo 56. *Cooperación y colaboración con otras administraciones y entidades.*

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Euskadi apoyará los programas de desintoxicación, deshabituación, disminución de riesgos, reducción de daños, refuerzo de las conductas saludables y objetivos intermedios de otras administraciones públicas o entidades privadas del tercer sector, a través de las formas de cooperación y colaboración previstas en el ordenamiento jurídico.

TÍTULO IV

Inclusión social

Artículo 57. *Principios generales de los sistemas públicos de atención.*

1. El Sistema Vasco de Servicios Sociales dará respuesta a las necesidades de atención social que, en su caso, pudieran presentar las personas con adicciones o riesgo de padecerlas, ya se trate de adicciones a sustancias o bien comportamentales, mediante la articulación de los servicios sociales de atención primaria o de atención secundaria que, en cada caso, resulten pertinentes, y, en particular, de los servicios orientados a prevenir y atender las situaciones de exclusión y a promover la integración social de las personas, de las familias y de los grupos, de conformidad con lo previsto en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

La prestación de dichos servicios se hará con pleno respeto de los principios y de los derechos y las obligaciones contenidos en la mencionada ley, en el marco del modelo de atención personalizada y de intervención regulado dicha ley, y en base a la aplicación del procedimiento básico de intervención que prevé la citada norma.

2. El Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social dará respuesta a las necesidades económicas básicas y a las necesidades de inclusión social y laboral que, en su caso, pudieran presentar las personas con adicciones o riesgo de padecerlas, mediante la articulación de las prestaciones económicas o de los instrumentos de activación orientados a su inclusión social o laboral, en los términos previstos en el marco jurídico vigente en la Comunidad Autónoma de Euskadi en materia de garantía de ingresos y de inclusión social. La previsión de dichas prestaciones económicas y la articulación de los instrumentos de inclusión activa se hará con pleno respeto de los principios y de los derechos y las obligaciones contemplados en la mencionada legislación.

En los casos en los que resulte necesario o conveniente, de conformidad con lo previsto en el marco jurídico mencionado, la articulación de dichos recursos se hará en el ámbito de un convenio de inclusión activa.

Artículo 58. *Áreas y criterios de actuación aplicables en la atención a las personas con adicción o riesgo de padecerla en el ámbito de los servicios sociales.*

1. El Sistema Vasco de Servicios Sociales, en su atención a las personas con adicción o con riesgo de padecerla, se aplicará de forma prioritaria:

a) A la prevención de las causas que conducen a la exclusión social de las personas con adicción o riesgo de padecerla, y la prevención de las causas que limitan la autonomía de estas personas, con especial atención al impacto de factores como la edad y el género.

b) A la promoción de la autonomía y de la inclusión social de las personas que presentan adicción o riesgo de padecerla, en los casos en los que se observe que se encuentran en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo.

c) A la atención a las personas con adicción o riesgo de padecerla, en el contexto del Catálogo de Prestaciones y Servicios Sociales que, en su caso, pudieran resultar pertinentes en función de si la persona se encuentra en riesgo o en situación de desprotección, de dependencia o de exclusión social, mediante la articulación, en el marco de un plan de atención personalizada, del conjunto de servicios o prestaciones económicas más idóneas.

2. Asimismo, el Sistema Vasco de Servicios Sociales, en particular desde su Servicio de Promoción de la Participación y la Inclusión Social en el marco de los Servicios Sociales, contemplado en el Catálogo de Prestaciones y Servicios Sociales, promoverá iniciativas orientadas a la progresiva modificación de la percepción social del fenómeno de las adicciones y a la eliminación de estereotipos basados en la consideración de tales situaciones como únicamente atribuibles a la responsabilidad individual.

Artículo 59. *Áreas y criterios de actuación aplicables en la atención a las personas con adicción o riesgo de padecerla en el ámbito de la garantía de ingresos y la activación.*

1. El Sistema Vasco para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social, en su atención a personas con adicción o riesgo de padecerla, se aplicará:

a) A garantizar la cobertura de sus necesidades económicas básicas, mediante la tramitación de la Renta de Garantía de Ingresos y de la Prestación Complementaria de Vivienda, en los términos contemplados en la Ley 18/2008, de 23 diciembre, modificada por la Ley 4/2011, de 24 de noviembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social.

b) A promover su inclusión social mediante la instrumentación, en los casos en los que resulte pertinente, de medidas de activación en el marco de los instrumentos de inclusión activa previstos en la citada normativa.

2. El órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laboral promoverá iniciativas orientadas a la progresiva modificación en el ámbito laboral de la percepción de las adicciones y a la eliminación de estereotipos basados en la consideración de tales situaciones como únicamente atribuibles a la responsabilidad individual.

3. Las administraciones públicas vascas en materia de inclusión social adoptarán medidas orientadas a garantizar la calidad de la atención, formación de profesionales e investigación, en los términos recogidos en la Ley 18/2008, de 23 diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social.

TÍTULO V

Desarrollo y gestión del conocimiento

Artículo 60. *Información.*

1. La Administración sanitaria determinará, a través de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, la magnitud y las desigualdades sociales en la frecuencia

poblacional, la frecuencia asistencial, la morbilidad y la mortalidad por adicciones, ya se trate de adicciones a sustancias como de adicciones comportamentales. Para ello, se establecerán, indicadores relativos, entre otros, al tratamiento, a la mortalidad y a las urgencias atendidas.

2. Las administraciones competentes en materia sanitaria y social promoverán la creación y la ubicación de servicios de información integrados en las redes asistenciales, que elaboren y faciliten información, asesoren y orienten tanto a las personas usuarias de los servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios, como a profesionales que trabajen en esos servicios, sobre la prevención y el tratamiento de las adicciones. En todo caso, se garantizará la confidencialidad de los datos que se obtengan.

3. La administración laboral, a través del órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas que en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laborales en Euskadi, realizará actividades informativas, divulgativas y formativas acerca de los efectos del consumo de sustancias con capacidad adictiva y de las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales. Para ello, elaborará estudios e informes sobre las consecuencias de los consumos de sustancias con capacidad adictiva y las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales en la seguridad y salud laboral. Asimismo, apoyará las acciones informativas que por su cuenta realicen las empresas.

4. Sin perjuicio de lo establecido en esta ley en los artículos 9 y 17 en lo relativo a la educación para la salud y la prevención en el ámbito educativo y, de modo complementario, la Administración educativa impulsará actividades informativas, divulgativas y formativas acerca de los efectos del consumo de sustancias con capacidad adictiva y de las conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales, destinadas al profesorado y a las personas progenitoras o tutoras del alumnado.

Artículo 61. *Formación.*

1. Las administraciones públicas de Euskadi determinarán los programas a desarrollar para la formación interdisciplinar del personal sanitario, de servicios sociales, educadores y educadoras, la Ertzaintza u otros mediadores sociales, así como cualquier otro personal cuya actividad profesional se relacione con las adicciones. Para ello, además de con sus propios recursos, contarán con el apoyo de las iniciativas sociales o asociaciones que articulen proyectos de formación.

2. El Gobierno Vasco promoverá, a través del órgano competente en materia de adicciones, el desarrollo de contenidos formativos sobre esta cuestión, ya se trate de adicciones a sustancias o de adicciones comportamentales, dirigidos:

a) A diseñar una formación básica destinada a profesionales de los servicios de salud de atención primaria y de los servicios sociales de base para posibilitar la detección precoz de consumos problemáticos de sustancias o de conductas excesivas susceptibles de desarrollar un patrón adictivo.

b) A diseñar una formación especializada dirigida a profesionales que intervienen en programas especializados de prevención, asistencia e inclusión en los ámbitos de la salud, de los servicios sociales y de la inclusión social.

Artículo 62. *Investigación.*

1. El Gobierno Vasco contará con un Observatorio sobre Adicciones como servicio centralizado de información, orgánicamente dependiente del órgano de apoyo y asistencia, y funcionalmente vinculado al Observatorio Vasco de Salud. Su objetivo general será proporcionar a la comunidad una visión de conjunto del fenómeno de las adicciones. A estos efectos, el observatorio recabará, de todo tipo de agentes concernidos, la información que posean sobre adicciones, y garantizará la confidencialidad de los datos facilitados.

2. El Gobierno Vasco, a través del Observatorio sobre Adicciones:

a) Llevará a cabo encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, económicos y sociales para conocer la incidencia, prevalencia y problemática de las adicciones.

b) Impulsará líneas de investigación, estudio y formación que contemplen las adicciones en el marco de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud.

c) Fomentará líneas de investigación para conocer la incidencia, prevalencia y problemática de las adicciones en las mujeres.

d) Promoverá líneas de investigación clínica relacionadas tanto con el fenómeno de la comorbilidad como con la utilización, en base a la evidencia científica, de nuevos fármacos clasificados como estupefacientes. Asimismo, estudiará el fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas.

e) Contribuirá al esfuerzo internacional de investigación en relación con las adicciones sin sustancia o comportamentales, en las siguientes materias:

e.1 Conceptualización de las conductas excesivas que parecen presentar un patrón adictivo, pero con respecto a las cuales las evidencias científicas no son todavía suficientes para configurarlas como adicciones.

e.2 Validación de instrumentos de diagnóstico.

f) Actualizará periódicamente, sobre la base de las evidencias científicas del momento, los recursos documentales en materia de adicciones y garantizará el acceso a ellos a todos los organismos públicos y privados, a diferentes profesionales y a cuantas personas estén interesadas en su estudio e investigación.

3. En los convenios de colaboración que suscriba el Gobierno Vasco para coadyuvar a los objetivos marcados tendrán acceso preferente la Universidad del País Vasco y el resto de las universidades de Euskadi.

Artículo 63. *Evaluación.*

1. Los programas públicos ejecutados en materia de adicciones, en el marco del correspondiente plan de adicciones y en el área de la prevención, asistencia, inclusión social, formación e investigación, serán evaluados anualmente, teniendo en cuenta la perspectiva de género, por la administración competente.

2. La evaluación abarcará, dentro de los recursos y conocimientos disponibles, el análisis de la estructura, el proceso y los resultados de la actividad. Incluirá, en todo caso, las recomendaciones para mejorar la actividad.

Artículo 64. *Reconocimientos en materia de adicciones.*

1. Las administraciones públicas vascas podrán crear premios y menciones honoríficas para reconocer públicamente la actuación de aquellas personas físicas o jurídicas públicas o privadas que hayan destacado por su labor en el ámbito de las adicciones, en las áreas de prevención, asistencia, inclusión social, formación o investigación.

2. El contenido y características de dichos premios se determinarán, en su caso, reglamentariamente.

TÍTULO VI

Organización institucional, coordinación, planificación e iniciativa social

CAPÍTULO I

Ordenación y coordinación entre Administraciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi

Sección 1.ª Distribución competencial entre las administraciones públicas vascas

Artículo 65. *Competencias de las administraciones públicas vascas.*

1. Las actuaciones públicas y las medidas adoptadas en desarrollo y aplicación de esta ley se ejercerán por el Gobierno Vasco, las diputaciones forales y los ayuntamientos, conforme a las competencias atribuidas a cada uno de ellos por la legislación sectorial en materia de salud pública, educación, cultura, juventud y deporte, inclusión social, política comunitaria, seguridad, gestión de las políticas en materia de seguridad, higiene y salud

laborales, régimen local, comercio interior, Administración de Justicia e instituciones penitenciarias, publicidad y medios de comunicación, medio ambiente y urbanismo, juego, estadística e investigación u otras relacionadas con las adicciones.

El ejercicio de las competencias por parte de las administraciones públicas vascas podrá tener incidencia en los sectores o áreas estratégicas implicadas en la materia de las adicciones, tales como promoción de la salud, prevención, asistencia, inclusión social, y formación e investigación, incluso siendo varias las administraciones actuantes, siempre y cuando en este caso no se produzcan duplicidades.

2. En aras de evitar solapamientos o concurrencias competenciales en la ejecución de competencias entre las diferentes administraciones públicas vascas, se podrán suscribir los instrumentos de colaboración interadministrativa y las fórmulas de ejercicio de competencias previstas en el ordenamiento jurídico que resulten más adecuadas para garantizar la cobertura de las necesidades de la ciudadanía, a partir de criterios propuestos particularmente en el seno de la Comisión Interinstitucional sobre Adicciones, prevista en el artículo 72 de esta ley. Estos instrumentos y fórmulas deberán acompañarse, en su caso, de los correspondientes sistemas de financiación.

3. Las diferentes administraciones públicas actuarán de forma coordinada, con el fin de garantizar la cohesión del sistema y la eficiencia en la utilización de los recursos.

Artículo 66. *Competencias del Gobierno Vasco.*

En particular, corresponde al Gobierno Vasco:

a) La aprobación de la normativa y las disposiciones reglamentarias en el ámbito las adicciones derivadas de la presente ley.

b) La aprobación y desarrollo del Plan sobre Adicciones de Euskadi, así como la memoria de cumplimiento anual y la memoria de evaluación final de dicho plan.

c) La evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de esta ley.

d) El establecimiento de un sistema centralizado de información sobre adicciones que permita el seguimiento y la evaluación continua del consumo y de los problemas asociados.

e) La realización de las funciones de investigación, información y documentación en materia de adicciones a través del Observatorio sobre Adicciones.

f) La aprobación de la estructura y funcionamiento de la Comisión Interinstitucional sobre Adicciones y del Consejo Vasco sobre Adicciones.

g) La gestión de premios y reconocimientos en materia de adicciones.

h) El asesoramiento a las entidades forales y locales en la elaboración de sus planes y programas relacionados con las adicciones.

i) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta ley.

j) La adopción, en colaboración con otras administraciones públicas, de todas aquellas medidas que sean precisas para asegurar el buen desarrollo de esta ley.

Artículo 67. *Competencias de las diputaciones forales.*

1. Compete a las diputaciones forales en sus respectivos territorios históricos:

a) La elaboración, el desarrollo y la ejecución del Plan Foral sobre Adicciones y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en esta ley y en el Plan sobre Adicciones de Euskadi.

b) La creación y el régimen de funcionamiento de los órganos de asesoramiento y coordinación en materia de adicciones en el ámbito territorial del correspondiente territorio histórico.

c) La gestión de los premios y los reconocimientos en materia de adicciones en el ámbito territorial que les corresponda.

2. La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi establecerá relaciones de colaboración y cooperación con las administraciones de los territorios históricos para la puesta en marcha y la aplicación de las medidas que se lleven a cabo en la esfera de los servicios sociosanitarios.

Artículo 68. *Competencias de los ayuntamientos.*

1. Corresponde a los municipios de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en sus respectivos ámbitos territoriales:

a) La elaboración, el desarrollo y la ejecución del Plan Local sobre Adicciones y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en esta ley y en el Plan sobre Adicciones de Euskadi y, en su caso, en el correspondiente plan foral.

b) La creación y el régimen de funcionamiento de los órganos de asesoramiento y coordinación en materia de adicciones en el ámbito territorial correspondiente.

c) La gestión de los premios y los reconocimientos en materia de adicciones en el ámbito territorial que les corresponda.

d) La supervisión y la vigilancia del cumplimiento de las medidas de control previstas en esta ley.

e) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta ley.

2. Para la realización de las tareas encomendadas, los ayuntamientos podrán actuar de forma individual o mancomunada.

Artículo 69. *Compromisos presupuestarios.*

Los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi, así como de las diputaciones forales y ayuntamientos, deberán prever los créditos destinados a la ejecución de las actividades contempladas en esta ley que sean de su competencia, conforme a las disponibilidades presupuestarias, los programas que se aprueben y los convenios suscritos a tal fin.

Sección 2.ª Planificación

Artículo 70. *Plan sobre Adicciones de Euskadi.*

1. El Gobierno Vasco, a propuesta del departamento competente en materia de adicciones, aprobará y remitirá al Parlamento Vasco como comunicación para su debate en pleno o comisión y, en su caso, aprobación, un Plan sobre Adicciones de Euskadi, con carácter quinquenal, que, de conformidad con los objetivos y criterios inspiradores de esta ley y vinculado con el Plan de Salud, será el instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de todas las administraciones públicas vascas durante su periodo de vigencia.

El Plan sobre Adicciones recogerá de forma coordinada y global los programas correspondientes al periodo de planificación, así como la previsión de los recursos económicos requeridos anualizados en el periodo planificado y los programas presupuestarios principales correspondientes al Gobierno Vasco que se vean afectados.

2. En la elaboración del plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación que prevé esta ley, las aportaciones de otros órganos consultivos cuando sus leyes de creación les atribuyan competencia en esta materia y las aportaciones de entidades que actúen en el campo de las adicciones.

Este plan se coordinará con otros planes y estrategias de las distintas administraciones públicas vascas con los que pueda tener relación.

3. El Gobierno Vasco remitirá al Parlamento Vasco una memoria anual de cumplimiento del Plan sobre Adicciones de Euskadi, así como una memoria de evaluación final, una vez concluido el periodo de vigencia de dicho plan.

Artículo 71. *Planes forales y locales.*

De conformidad con los objetivos y criterios inspiradores de esta ley, y en coherencia con el contenido del Plan sobre Adicciones de Euskadi, los planes forales y los planes locales se configurarán como el instrumento de planificación, ordenación y coordinación que recogerá el conjunto ordenado de programas y actuaciones que en materia de adicciones se realicen, respectivamente, en los ámbitos foral, municipal y supramunicipal.

CAPÍTULO II

Órganos de coordinación, dirección, consulta, asesoramiento y participación social en materia de adicciones

Artículo 72. *Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones.*

1. Adscrita al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de adicciones, la Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones será el máximo órgano de coordinación, colaboración y participación de las administraciones públicas vascas en las actuaciones derivadas de la aplicación de la presente ley.

2. La Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones estará presidida por la consejera o el consejero titular del departamento competente en materia de adicciones y estará compuesta por representantes, con la condición de altos cargos, de los departamentos o áreas de la Administración General de la Comunidad Autónoma y por representantes, con la condición de altos cargos o miembros electos, de las diputaciones forales y de los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Euskadi competentes en las materias de salud, políticas sociales, educación, cultura, juventud, deportes, seguridad, justicia, empleo, consumo, igualdad, trabajo y comercio, juego y otras relacionadas con las adicciones.

Por acuerdo de la Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones, podrán asistir a las sesiones, atendiendo a la naturaleza de las cuestiones objeto de ellas, personas de nivel técnico de los departamentos del Gobierno Vasco que formen parte de la comisión, representantes de otros departamentos de las administraciones públicas, así como otras personas que, sin estar directamente vinculadas con ninguna de estas administraciones, pueden considerarse, por su conocimiento, experiencia y acreditado prestigio, expertas en el ámbito de las adicciones. Estas personas asistirán con voz pero sin voto.

3. La Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones tendrá las siguientes funciones:

a) Emitir informe previo sobre la normativa y las disposiciones reglamentarias en el ámbito las adicciones derivadas de la presente ley, así como sobre el Plan sobre Adicciones de Euskadi.

b) Deliberar y proponer las principales estrategias, instrumentos comunes y propuestas a adoptar por las administraciones públicas vascas en materia de adicciones.

c) Formular propuestas de criterios para la suscripción de los instrumentos de colaboración interadministrativa y fórmulas de ejercicio de competencias previstas en el ordenamiento jurídico, así como los presupuestos y créditos que deben sustentarlos.

d) Cualesquiera otras que le atribuya el ordenamiento jurídico.

4. La estructura, organización y atribuciones se determinarán reglamentariamente. La preparación técnica de las funciones de la comisión interinstitucional la realizará el órgano de apoyo y asistencia.

Artículo 73. *Órgano de apoyo y asistencia.*

1. El órgano competente en materia de adicciones será el órgano de apoyo y asistencia al Gobierno Vasco en las funciones que a este correspondan en esta materia. La estructura de este órgano de apoyo y asistencia se establecerá reglamentariamente.

2. Este órgano realizará las siguientes funciones:

a) Prestar apoyo técnico a la Comisión Interinstitucional sobre Adicciones y la puesta en marcha de los acuerdos adoptados.

b) Valorar las necesidades generadas por los problemas derivados de las adicciones.

c) Dirigir el Observatorio sobre Adicciones.

d) Asistir e impulsar al Consejo Vasco sobre Adicciones.

e) Proponer iniciativas de actuación, en particular, al Gobierno Vasco, a la Comisión Interinstitucional sobre Adicciones y al Consejo Vasco sobre Adicciones.

f) Elaborar la propuesta del Plan sobre Adicciones de Euskadi.

g) Dirigir, impulsar y coordinar la actuación de los departamentos del Gobierno Vasco en aplicación del Plan sobre Adicciones de Euskadi.

h) Impulsar y coordinar el sistema vasco de alerta temprana.

i) Elaborar la memoria anual de cumplimiento del Plan sobre Adicciones de Euskadi, así como una memoria de evaluación final, una vez concluido el periodo de vigencia de dicho plan.

j) Elaborar la propuesta sobre los presupuestos y los créditos necesarios para que los departamentos del Gobierno Vasco, los organismos autónomos, los entes públicos de derecho privado y las empresas públicas dependientes de ellos puedan hacer frente a los compromisos que se establecen en la presente ley.

k) Las actuaciones tendentes a evitar la utilización de la publicidad ilícita en materia de adicciones, promocionando la resolución de controversias previas a la vía judicial.

l) Cualesquiera otras funciones atribuidas por el ordenamiento jurídico.

Artículo 74. *Consejo Vasco sobre Adicciones.*

1. Adscrito al departamento competente en materia de adicciones y con la asistencia e impulso del órgano de apoyo, el Consejo Vasco sobre Adicciones es el órgano superior de participación de los sectores sociales implicados en la lucha contra las adicciones y de carácter consultivo y asesor respecto de proyectos de ley, reglamentos y planes en materia de adicciones.

2. La composición del Consejo Vasco sobre Adicciones será la siguiente:

– Presidencia: recaerá en la persona titular del departamento competente en materia de adicciones.

– Secretaría: una persona técnica del órgano de apoyo y asistencia designada por quien presida el consejo.

– Vicepresidencia: titular del órgano de apoyo o asistencia.

– Vocales:

a) Una o un miembro por cada uno de los departamentos del Gobierno Vasco representados en la Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones.

b) Una o un miembro de cada una de las tres diputaciones forales y seis miembros por designación de la Asociación de Municipios Vascos (Eudel).

c) Cuatro representantes por designación del órgano de apoyo y asistencia de entre personalidades de reconocido prestigio y competencia en el ámbito de las adicciones.

d) Cinco representantes por designación del Parlamento Vasco.

e) Cuatro representantes por designación de las organizaciones empresariales de carácter intersectorial más representativas de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

f) Una persona representante por designación de las organizaciones de empresas de la economía social de la Comunidad Autónoma de Euskadi, de forma rotativa.

g) Una o un miembro por designación de cada una de las organizaciones y confederaciones sindicales que ostenten la condición de más representativas.

h) Una o un representante del órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laborales.

i) Una o un miembro por designación del Consejo Vasco de Servicios Sociales.

j) Una o un miembro por designación del Consejo de la Juventud de Euskadi.

k) Una o un miembro por designación del Consejo Escolar de Euskadi.

l) La persona titular de la Fiscalía Especial Antidroga de Euskadi.

m) Una o un miembro por cada uno de los colegios profesionales de medicina, farmacia, psicología, abogacía, trabajadores o trabajadoras sociales, educadores o educadoras sociales, diplomados o diplomadas en enfermería, doctores o doctoras y licenciados o licenciadas en Filosofía y Letras y periodistas. Cuando los colectivos citados no estén organizados en colegios profesionales, la designación corresponderá a la asociación profesional con implantación en el sector.

n) Seis representantes de las asociaciones, entidades sin ánimo lucro u organizaciones no gubernamentales, cuyo fin sea el desarrollo de tareas específicas en el ámbito de las adicciones y conductas susceptibles de generar adicciones comportamentales, designados a propuesta de ellas por quien ostente la presidencia del consejo.

o) Una o un miembro por designación del órgano del Gobierno Vasco encargado de las políticas de igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres.

p) Una o un miembro representante de las universidades del País Vasco, de forma rotatoria.

q) Una o un miembro por designación de las asociaciones o federaciones de personas consumidoras, cuya actuación incluya la totalidad de la Comunidad Autónoma.

r) Una o un miembro en representación de las asociaciones de personas consumidoras de drogas y otro miembro en representación de las asociaciones de personas con adicciones sin sustancia.

s) Una o un miembro en representación del Servicio Vasco de Salud.

t) Una o un representante de los medios de comunicación social editados en Euskadi.

Por cada una de estas personas, se nombrará igualmente a la que pueda actuar como suplente.

3. Su estructura, organización y atribuciones se determinarán reglamentariamente.

4. El Consejo Vasco sobre Adicciones realizará las siguientes funciones:

a) Elaborar cuantos informes, sugerencias, recomendaciones, estudios y propuestas estime convenientes, para lo cual podrá recabar la información que precise.

b) Asesorar a las administraciones públicas vascas en aquellas cuestiones en materia de adicciones que le sean sometidas a su consideración.

c) Emitir informe preceptivo previo del Plan sobre Adicciones de Euskadi.

d) Analizar y, en su caso, emitir opinión sobre los planes y proyectos de disposiciones de carácter general que elaboren las administraciones públicas vascas en materia de adicciones.

e) Elaborar su reglamento de organización y funcionamiento.

f) Ser informado del seguimiento y cumplimiento del Plan sobre Adicciones de Euskadi.

g) Cualquier otra función que se determine reglamentariamente.

Artículo 75. *Otros órganos de coordinación, consulta, asesoramiento y participación social en materia de adicciones.*

1. Las administraciones forales y locales pueden crear órganos de coordinación, consulta, asesoramiento y participación social en materia de adicciones, en el ámbito de sus competencias.

2. El Gobierno Vasco y las administraciones forales y locales podrán crear órganos o comisiones especializadas, para temas específicos, o con carácter permanente o temporal y de carácter interdepartamental o interinstitucional, incluso con entidades privadas, que sean precisos para temas o áreas específicas en materia de adicciones.

Artículo 76. *Representación equilibrada.*

Todos los órganos de asesoramiento y participación dispondrán de una representación equilibrada entre hombres y mujeres, según los criterios expuestos en la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

CAPÍTULO III

Iniciativa social

Artículo 77. *Personas y entidades privadas.*

1. Las personas profesionales, entidades privadas y otros agentes podrán cooperar en la realización de actividades de promoción de la salud, prevención, asistencia, inclusión social, información, formación e investigación en materia de adicciones.

2. Las administraciones públicas vascas apoyarán, conforme a sus disponibilidades presupuestarias, las iniciativas sociales que tengan por objetivo el desarrollo de actividades y programas en el ámbito de aplicación de esta ley, siempre que realicen su labor de conformidad con los objetivos y con los criterios de actuación y de calidad del Plan sobre Adicciones y otros instrumentos de planificación que correspondan según el ámbito de actuación territorial.

Artículo 78. *Entidades privadas sin ánimo de lucro.*

Las entidades e instituciones sin ánimo de lucro que colaboren con las administraciones públicas en materia de adicciones serán consideradas y reconocidas, y podrán ser declaradas de utilidad pública en los términos previstos en la legislación vigente. Asimismo, tendrán preferencia en la concesión de subvenciones y ayudas para el cumplimiento de dichos fines.

Artículo 79. *Condiciones para la colaboración, y concesión de conciertos y de subvenciones.*

Para establecer relaciones de colaboración, para la celebración de conciertos y para la concesión de las subvenciones, tendrán carácter preferente las personas y entidades privadas que operen en los siguientes ámbitos de actuación de la iniciativa social:

a) La prevención en el ámbito familiar, comunitario, educativo y laboral.
b) El tratamiento y asistencia de personas con adicciones a sustancias o que adopten conductas adictivas.
c) Las situaciones de especial vulnerabilidad producidas por las adicciones y conductas adictivas o conductas excesivas que pueden generar adicciones comportamentales.
d) La percepción social de los riesgos asociados a determinados usos de sustancias o a la realización de determinadas conductas adictivas o que pueden generar adicciones comportamentales.
e) Los derechos y los deberes de las personas consumidoras de sustancias con capacidad adictiva o que presenten conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.
f) Los usos terapéuticos de este tipo de sustancias, basados en la evidencia científica.
g) La perspectiva de género relacionada con los consumos de sustancias con capacidad adictiva y las conductas adictivas o conductas excesivas que pueden generar en adicciones comportamentales.
h) La realización de investigaciones con base en los principios y a las prioridades del Plan sobre Adicciones de Euskadi y, en su caso, de planes forales o locales aplicables, en colaboración con personas y entidades de otras comunidades autónomas o de la Unión Europea.

Artículo 80. *Conciertos para la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios.*

1. Al objeto de garantizar los servicios sanitarios adecuados y lograr el funcionamiento coordinado de todos los recursos existentes en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, la Administración sanitaria, con carácter complementario y tras la utilización óptima de los recursos públicos, podrá establecer conciertos con centros privados de desintoxicación, deshabituación, disminución de riesgos, reducción de daños y objetivos intermedios, de acuerdo con la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. En su concertación disfrutarán de preferencia, cuando concurran en igualdad de condiciones, aquellos centros que no persigan fines lucrativos.
2. Cuando el interés público así lo aconseje, la Administración, de conformidad con la legislación vigente, podrá otorgar subvenciones a los centros privados mencionados en el párrafo anterior.
3. Cuando la entidad preste servicios sociosanitarios y se encuentre concertada con los dos sistemas, social y sanitario, estos se coordinarán para buscar una planificación conjunta de recursos y un itinerario sociosanitario definido, colaborando para ello en la elaboración y desarrollo del plan individualizado de atención.

Artículo 81. *Requisitos de actuación de los centros, servicios y establecimientos privados.*

1. Los centros, servicios y establecimientos que en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Euskadi presten funciones asistenciales, de carácter sanitario, social y sociosanitario, estarán sometidos a un régimen de autorización previa e inscripción, conforme a lo establecido por la normativa vigente en esta materia.

2. Dichos centros, servicios y establecimientos se sujetarán, en todo caso, a las medidas de inspección, evaluación, control e información estadística y demás actuaciones que establece la legislación vigente.

Artículo 82. *Voluntariado.*

Las administraciones públicas fomentarán el voluntariado que colabore en las tareas de prestación de servicios de promoción de la salud, así como de prevención, asistencia e inclusión de personas con problemas por consumos de drogas y conductas adictivas.

Artículo 83. *Entidades de personas consumidoras de cannabis.*

1. En aras al objetivo de protección de la salud y reducción de daños se regularán mediante reglamento las entidades –legalmente registradas y sin ánimo de lucro– constituidas por personas mayores de edad consumidoras de cannabis. Estas entidades incluirán entre sus objetivos asociativos la colaboración con la Administración, en el cumplimiento efectivo de la normativa vigente, así como en la prevención de las adicciones y en la promoción del consumo responsable del cannabis y otras sustancias.
2. Únicamente podrán acceder a sus locales las personas mayores de edad. Reglamentariamente se determinarán las condiciones de admisión a personas socias y las garantías para que quienes formen parte de estas entidades cuenten con la información suficiente para hacer un uso responsable e informado del cannabis, así como las facultades de la Administración sanitaria en materia de inspección y control sobre los locales y las actividades de las entidades de personas consumidoras de cannabis.

Téngase en cuenta que se declara que este precepto no es inconstitucional por Sentencia del TC 29/2018, de 8 de marzo. Ref. BOE-A-2018-5056, tal y como se expone en su fundamento jurídico 3.

Artículo 84. *Clubes privados de personas fumadoras.*

1. A los clubes privados de personas fumadoras, legalmente constituidos como tales, no les será de aplicación lo dispuesto en esta ley en relación con la prohibición de fumar y a la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco, siempre que se realice en el interior de su sede social, mientras en ellos haya presencia única y exclusivamente de personas socias.
2. A los efectos de esta disposición, para ser considerado un club privado de personas fumadoras deberá tratarse de una entidad con personalidad jurídica, carecer de ánimo de lucro y no incluir entre sus actividades u objeto social la comercialización o la compraventa de cualesquiera bienes o productos consumibles.
3. En ningún caso se permitirá la entrada de menores de edad a los clubes privados de personas fumadoras.

TÍTULO VII

Infracciones y sanciones

Artículo 85. *Régimen de infracciones y sanciones.*

1. Constituyen infracciones administrativas en el ámbito de las materias reguladas en la presente ley las acciones y omisiones consumadas tipificadas en ella, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden jurídico que pudiesen ser consecuencia de las citadas acciones u omisiones.
2. El régimen sancionador contenido en este título se entiende sin perjuicio de la aplicación de regímenes específicos que prevé la legislación estatal sobre seguridad ciudadana, defensa de las personas consumidoras y usuarias, publicidad, sanidad y medicamentos, y servicios sociales.

3. Cuando, a juicio de la Administración, la infracción pudiera ser constitutiva de delito o falta, el órgano administrativo dará traslado al Ministerio Fiscal, y se abstendrá de proseguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no se haya pronunciado.

4. 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.

Artículo 86. *Clases de infracciones.*

1. Las infracciones administrativas contempladas en la presente ley se clasifican en leves, graves y muy graves.

2. Se consideran infracciones leves:

a) En referencia a las bebidas alcohólicas:

a.1 El consumo de bebidas alcohólicas por personas menores de 18 años.

a.2 El consumo de bebidas alcohólicas en lugares en los que esté prohibido.

a.3 No disponer, en los establecimientos en los que no se permite vender bebidas alcohólicas, de un cartel, situado en un lugar perfectamente visible, que advierta de dicha prohibición.

a.4 Carecer en lugar visible de cartel que advierta de la prohibición de venta a personas menores de edad, en los establecimientos o actividades en los que se vendan bebidas alcohólicas.

a.5 En establecimientos públicos cerrados que sirvan bebidas alcohólicas, permitir la entrada y permanencia de personas menores de 16 años sin que vayan acompañados y la falta de cartel que advierta de dicha prohibición.

b) En referencia al tabaco:

b.1 Fumar en los lugares en que exista prohibición o fuera de las zonas habilitadas al efecto.

b.2 En los establecimientos en los que esté autorizada la venta de productos del tabaco no disponer en lugar visible de los carteles que informen de la prohibición de venta de tabaco a las personas menores de edad y adviertan sobre los perjuicios para la salud derivados del uso del tabaco.

b.3 Carecer las máquinas expendedoras de la preceptiva advertencia sanitaria.

b.4 No informar de la prohibición de fumar en la entrada de los establecimientos.

c) En referencia a los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina:

c.1 En los establecimientos en los que esté autorizada la venta de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina no disponer en lugar visible de los carteles que informen de la prohibición de venta de estos dispositivos a las personas menores de edad y que adviertan sobre los perjuicios para la salud derivados de su uso.

c.2 Carecer las máquinas expendedoras de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina de la preceptiva advertencia sanitaria.

c.3 No informar en la entrada de los establecimientos de la prohibición de utilización de estos dispositivos.

c.4 Utilizar estos dispositivos en los lugares en que exista prohibición o fuera de las zonas habilitadas al efecto.

d) Cualquier otro incumplimiento de lo previsto en la presente ley que no se tipifique como infracción grave o muy grave.

3. Se consideran infracciones graves:

a) En referencia a las bebidas alcohólicas:

a.1 La venta y suministro de bebidas alcohólicas a menores de edad y profesionales a quienes se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas.

a.2 La venta y suministro de bebidas alcohólicas a través de máquinas expendedoras.

a.3 La venta o suministro de bebidas alcohólicas en los lugares en que esté prohibida.

a.4 La venta o suministro de bebidas alcohólicas de más de 20 grados en los lugares en que esté prohibida.

a.5 La venta o suministro de bebidas alcohólicas en establecimientos comerciales no destinados al consumo inmediato de bebidas alcohólicas, desde las 22:00 horas hasta las 07:00 horas del día siguiente.

a.6 La no adopción por parte de los establecimientos comerciales de medidas especiales de control para evitar la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

a.7 La venta y el suministro a personas menores de edad de cualquier producto que imite los envases de bebidas alcohólicas.

a.8 El consumo de bebidas alcohólicas por parte de las personas que se encuentran prestando servicios o en disposición de prestarlo, en los términos del artículo 33.2.

a.9 La comisión, en el plazo de un año, de tres infracciones leves por consumir bebidas alcohólicas en lugares en que esté prohibido.

a.10 Siempre que tales conductas no causen riesgo o perjuicio muy graves para la salud, el incumplimiento de las obligaciones o las prohibiciones establecidas en la presente ley sobre publicidad o promoción de bebidas alcohólicas.

b) En referencia al tabaco:

b.1 Permitir fumar en los lugares en los que existe prohibición de hacerlo.

b.2 Habilitar zonas para fumar en establecimientos y lugares donde no esté permitida su habilitación.

b.3 La venta o suministro de tabaco, sus productos y labores a menores de edad o de productos que imiten al tabaco que puedan suponer una incitación al uso de este o de sus productos o labores.

b.4 La comercialización, la venta y el suministro de cigarrillos y cigarritos no provistos de capa natural en unidades sueltas o empaquetamientos de menos de 20 unidades.

b.5 La entrega, el suministro o la distribución de muestras de cualquier producto del tabaco, en el ejercicio de una actividad comercial o empresarial.

b.6 La venta de productos del tabaco con descuento.

b.7 La venta o el suministro al por menor de productos del tabaco de forma indirecta o no personal.

b.8 Permitir a las personas menores de 18 años el uso de máquinas expendedoras de productos del tabaco.

b.9 La instalación de máquinas expendedoras de tabaco en lugares expresamente prohibidos.

b.10 Que las máquinas expendedoras no dispongan del mecanismo técnico adecuado que permita impedir el acceso a personas menores de edad.

b.11 El suministro a través de máquinas expendedoras de productos distintos al tabaco.

b.12 La comisión, en el plazo de un año, de tres infracciones leves por fumar en los lugares en que exista prohibición o fuera de las zonas habilitadas al efecto.

b.13 La venta y el suministro de cigarros y cigarritos provistos de capa natural por unidades en aquellos lugares en los que ello no esté permitido.

c) En referencia a los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina:

c.1 Permitir utilizar estos dispositivos en los lugares en los que existe prohibición de hacerlo.

c.2 La venta o el suministro de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina a personas menores de 18 años.

c.3 La entrega, el suministro o la distribución de muestras de cualquier producto de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, en el ejercicio de una actividad comercial o empresarial.

c.4 Permitir a las personas menores de 18 años el uso de máquinas expendedoras de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

c.5 La instalación de máquinas expendedoras de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina en lugares expresamente prohibidos.

c.6 Que las máquinas expendedoras no dispongan del mecanismo técnico adecuado que permita impedir el acceso a personas menores de edad.

c.7 El suministro a través de máquinas expendedoras de productos distintos a los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

c.8 La comisión de tres infracciones leves, en el plazo de un año, por consumir o utilizar dispositivos susceptibles de liberación de nicotina en los lugares en que exista prohibición o fuera de las zonas habilitadas al efecto.

d) El incumplimiento de la obligación referida a los espacios gratuitos de publicidad en los medios de comunicación de titularidad pública de la Comunidad Autónoma contenida en el inciso primero del artículo 21.3.

e) El incumplimiento de lo establecido en referencia a los productos de uso doméstico o industrial y a las sustancias volátiles en el artículo 49.2 y 3.

4. Se consideran infracciones muy graves:

a) En referencia a las bebidas alcohólicas, el incumplimiento de las obligaciones o prohibiciones establecidas en la presente ley en materia de publicidad o promoción de bebidas alcohólicas, siempre que tales conductas causen riesgo o perjuicio muy graves para la salud y, en todo caso, cuando dichas conductas afecten a personas menores de edad.

b) El incumplimiento de las obligaciones o prohibiciones establecidas en la presente ley en el ámbito de la publicidad o promoción del tabaco.

c) El incumplimiento de las obligaciones o prohibiciones establecidas en la presente ley en materia de publicidad o promoción de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

d) La contravención de lo dispuesto en el artículo 81.1, respecto a la autorización y a la inscripción.

Artículo 87. *Reincidencia y reiteración.*

1. A efectos de la presente ley, existirá reincidencia cuando la persona responsable de la infracción cometa, en el término de un año, más de una infracción de la misma naturaleza y así se haya declarado por resolución firme.

Será considerada infracción de la misma naturaleza aquella de las contempladas en el régimen sancionador de esta ley que se refiera al mismo tipo en razón del grupo o clasificación a que alude el artículo 86 de la presente ley.

2. A efectos de la presente ley, existirá reiteración cuando la persona responsable de la infracción cometiera, en el término de un año, más de una infracción de distinta naturaleza y así se haya declarado por resolución firme.

Artículo 88. *Responsabilidad.*

1. La responsabilidad administrativa por las infracciones tipificadas en esta ley se imputará a la persona física o jurídica que cometa la infracción. A estos efectos, se considera autor:

a) La persona física o jurídica que realiza la conducta tipificada, bien sea de forma directa o por medio de otra de la que se sirve de instrumento. Igualmente se considerará autor a esta última, si actúa voluntariamente.

b) Las personas físicas o jurídicas que cooperen a la ejecución con un acto sin el cual no se hubiera efectuado la conducta tipificada.

2. Será responsable de forma solidaria, junto con la o el autor, la persona que hubiera infringido el deber de vigilancia de prevenir la infracción impuesto por la ley, así como las personas titulares de los establecimientos, centros, locales o empresas.

3. De las infracciones tipificadas en el artículo 86.2.b.3 y 86.3.b.10, responderán solidariamente el fabricante, el importador, en su caso, el distribuidor y el explotador de la máquina.

4. De las infracciones tipificadas en el artículo 86.3.b.9 y 86.3.b.15, será responsable el explotador de la máquina.

5. En el caso de infracciones en materia de publicidad, será considerado responsable solidario, además de la empresa publicitaria, la persona beneficiaria de la publicidad, entendiendo por tal a la persona titular de la marca o producto anunciado, así como a la persona titular del establecimiento o espacio en el que se emita el anuncio.

6. En el caso de resultar responsable una persona jurídica, el juicio de culpabilidad se efectuará respecto de las personas físicas que hayan formado la voluntad de aquella en la concreta acción u omisión que se pretenda sancionar.

7. Cuando sea declarada la responsabilidad de los hechos cometidos por una persona menor de edad, responderán solidariamente con él sus las personas progenitoras o tutoras, acogedoras y guardadoras legales o de hecho, por este orden, en razón al incumplimiento de la obligación impuesta a estas que conlleva un deber de prevenir la infracción administrativa que se impute a las personas menores. La responsabilidad solidaria vendrá referida a la pecuniaria derivada de la multa impuesta.

Previo consentimiento de las personas referidas y oída la persona menor, podrá sustituirse la sanción económica de la multa por las medidas reeducadoras previstas en esta ley.

Artículo 89. *Medidas cautelares.*

En los procedimientos sancionadores por infracciones graves o muy graves se podrán adoptar, con arreglo a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de la Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y sus normas de desarrollo, las medidas de carácter provisional previstas en dichas normas que se estimen necesarias para asegurar la eficacia de la resolución que definitivamente se dicte, el buen fin del procedimiento y las exigencias de los intereses generales, así como para evitar el mantenimiento de los efectos de la infracción. En particular, podrán acordarse las siguientes:

a) En caso de infracciones muy graves, la suspensión temporal de la actividad de la persona infractora y, en su caso, el cierre provisional de sus establecimientos.

b) El precinto, el depósito o la incautación de las mercancías u objetos directamente relacionados con las infracciones contempladas en la presente ley.

c) El precinto, el depósito o la incautación de registros, soportes y archivos informáticos y de documentos en general, así como de aparatos y equipos informáticos de todo tipo, que tengan relación directa con las infracciones de esta ley.

d) Advertir al público de la existencia de posibles conductas infractoras y de la incoación del expediente sancionador de que se trate, así como de las medidas adoptadas para el cese de dichas conductas.

En la adopción y cumplimiento de tales medidas se respetarán, en todo caso, las garantías, normas y procedimientos previstos en el ordenamiento jurídico para proteger los derechos a la intimidad personal y familiar, a la protección de los datos personales, a la libertad de expresión o a la libertad de información, cuando estos pudieran resultar afectados.

En casos de urgencia y para la inmediata protección de los intereses implicados, las medidas provisionales previstas en este artículo podrán ser acordadas motivadamente antes de la iniciación del expediente sancionador. Las medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas en el acuerdo de iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los 15 días siguientes a su adopción, y que podrá ser objeto del recurso que proceda. En todo caso, dichas medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento sancionador en dicho plazo o cuando el acuerdo de iniciación no contenga un pronunciamiento expreso acerca de aquellas. El órgano administrativo competente para resolver el procedimiento sancionador podrá imponer multas coercitivas por importe que no exceda de 6.000 euros por cada día que transcurra sin cumplirse las medidas provisionales que hubieran sido acordadas.

Artículo 90. *Sanciones.*

1. Las infracciones tipificadas en la presente ley darán lugar a la imposición de las siguientes sanciones:

a) Apercibimiento.

b) Multa.

c) Suspensión temporal de la actividad o, en su caso, cierre temporal, total o parcial, del establecimiento, centro, servicio, local o empresa, con una duración máxima de cinco años.

d) Prohibición de acceder a cualquier tipo de ayuda pública de la Comunidad Autónoma por un periodo comprendido entre 1 y 5 años.

La imposición de las anteriores sanciones podrá llevar consigo la consecuencia accesoria consistente en el decomiso de las mercancías u objetos directamente relacionados con los hechos constitutivos de la infracción y, en su caso, su posible destrucción, cuando las circunstancias así lo aconsejen.

2. Las responsabilidades administrativas que se deriven del procedimiento sancionador serán compatibles con la exigencia a las personas responsables de la reposición al estado original de la situación alterada por la infracción, así como con la indemnización de daños y perjuicios derivados de ella, al objeto de reparar los daños o perjuicios ocasionados por la infracción.

Artículo 91. *Graduación de las sanciones.*

1. Para la determinación de la cuantía de las multas y la aplicación de las demás sanciones, el órgano competente atenderá a los siguientes criterios de graduación:

a) Riesgo o perjuicio generado para la salud.
b) Grado de culpabilidad o intencionalidad.
c) Que la infracción perjudique a personas menores de edad.
d) La repercusión social de la infracción.
e) Cuantía del beneficio obtenido.
f) Capacidad económica de la persona infractora.
g) Posición de la persona infractora en el mercado.
h) La reiteración y la reincidencia.

2. Para valorar la sanción y graduarla podrán tenerse en cuenta y se considerarán como atenuantes muy cualificadas:

a) Que, requerido el presunto infractor o la presunta infractora para que realice las actuaciones oportunas que den lugar al cese de la infracción, sea atendido dicho requerimiento.

b) Que el infractor o infractora acredite, por cualquiera de los medios válidos en derecho y con anterioridad a recaer la resolución del expediente sancionador, que ha mitigado o subsanado completamente las consecuencias que resultaron de la conducta que dio lugar a la iniciación del procedimiento.

3. Las sanciones se dividirán, dentro de cada categoría, en tres grados: mínimo, medio y máximo. Se impondrán en grado máximo las sanciones por hechos cuyo sujeto pasivo sea una persona menor de edad y las que se impongan cuando la conducta infractora se realice con habitualidad o de forma continuada, salvo que la habitualidad o continuidad formen parte del tipo de la infracción. Se impondrán en grado mínimo cuando se cometan por una persona menor de edad, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 88.7.

4. En todo caso, cuando la cuantía de la multa resulte inferior al beneficio obtenido por la comisión de la infracción, la sanción será aumentada hasta el doble del importe en que se haya beneficiado la persona infractora.

5. Si un mismo hecho u omisión fuera constitutivo de dos o más infracciones tipificadas en esta u otras leyes, se tomará en consideración únicamente la que comporte la mayor sanción.

Artículo 92. *Cuantía de las sanciones.*

1. Las infracciones leves serán sancionadas con apercibimiento o con multa de 30 hasta 600 euros.

La infracción consistente en fumar en lugares prohibidos prevista en el artículo 86.2.b.1 será sancionada con apercibimiento o multa de hasta 30 euros, si la conducta infractora se realiza de forma aislada.

2. Las infracciones graves serán sancionadas con multas desde 601 euros hasta 10.000 euros y/o suspensión temporal de la actividad y/o con cierre temporal, total o parcial, del establecimiento, centro, local o empresa, por un periodo de hasta dos años.

La autoridad competente podrá acordar como sanción complementaria la prohibición de acceder a cualquier tipo de ayuda pública de la Comunidad Autónoma por un periodo de hasta dos años.

3. Las infracciones muy graves serán sancionadas con multa desde 10.001 hasta 600.000 euros y/o cierre temporal, total o parcial de la actividad del establecimiento centro, local o empresa, por un periodo de dos a cinco años.

La autoridad competente podrá acordar, como sanción complementaria, la prohibición de acceder a cualquier tipo de ayuda pública de la Comunidad Autónoma por un periodo de dos a cinco años.

4. En el caso de infracciones por incumplimiento de los artículos 26, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45 la autoridad competente para sancionar podrá elevar el importe de la multa impuesta hasta un 10% del coste de elaboración y difusión de dicha publicidad ilícita. El importe de lo recaudado por este concepto podrá ser destinado a tratamientos de deshabituación tabáquica, de desintoxicación y deshabituación alcohólicas, de investigación, educación y control de las adicciones, así como a realizar estrategias para la prevención de las adicciones en los medios de comunicación de la Comunidad Autónoma, conforme a los procedimientos vigentes en las administraciones públicas vascas.

5. La comisión de cualquier infracción podrá llevar aparejada –sin perjuicio del carácter, en su caso, de medida provisional– la adopción por el órgano que sea competente para resolver el expediente de la consecuencia accesoria de decomiso de las mercancías u objetos directamente relacionados con los hechos constitutivos de la infracción y, en su caso, su posible destrucción, cuando las circunstancias así lo aconsejen.

6. No tendrá carácter de sanción la resolución que establezca el cierre de los establecimientos o la suspensión de su actividad o funcionamiento que no cuenten con la autorización exigida, hasta que no se subsanen los defectos apreciados o cumplan los requisitos exigidos para su funcionamiento. Simultáneamente a la resolución de cierre o suspensión, podrá iniciarse un expediente sancionador.

Artículo 93. *Sustitución de sanciones.*

1. La autoridad competente para la imposición de las sanciones podrá decidir, en función de la sanción y de su capacidad organizativa, la sustitución de la multa, a solicitud de la persona infractora o de su representante legal, por la realización de trabajos o actividades en beneficio de la comunidad. Esta sustitución no podrá hacerse en las faltas muy graves.

En el caso de que la persona infractora sea menor de edad, serán necesarios tanto la previa solicitud de la persona menor de edad como el conocimiento y aceptación de sus progenitores, progenitoras, tutores o tutoras.

2. Además, las sanciones podrán sustituirse, complementaria y preferentemente, por la inclusión de la persona infractora en programas preventivos de carácter formativo o informativo o de tratamiento, a desarrollar durante un número de sesiones que se establecerán en las normas de desarrollo de la presente ley.

3. En todo caso, en las sanciones por el consumo de alcohol por menores de edad, tendrán prevalencia las medidas contempladas en los apartados 1 y 2 de este artículo.

4. En caso de que la persona infractora rechazase esta medida, será ejecutada la multa contemplada en la presente ley para ese tipo de infracciones.

Artículo 94. *Régimen de prescripciones.*

1. Las infracciones administrativas previstas en la presente ley prescribirán en los plazos de cinco años, dos años y seis meses, según sea su calificación de muy grave, grave y leve, respectivamente.

2. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescriben a los cinco años; las impuestas por faltas graves a los dos años, y las impuestas por faltas leves, al año.

Artículo 95. *Competencias de inspección y sanción.*

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 7/1993, de 21 de diciembre, de creación de Osalan, corresponde a las unidades de inspección dependientes del departamento competente en materia de adicciones y, en su caso, a las entidades locales la realización de

las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

A efectos de esta ley, el personal que realice las funciones de inspección tendrá la consideración de agente de la autoridad.

Las personas responsables de los centros, dependencias o establecimientos, así como sus representantes y empleados o empleadas, tienen obligación de facilitar las funciones de inspección, posibilitando el acceso a las dependencias e instalaciones y, en general, a cuanto pueda conducir a un mejor conocimiento de los hechos y a la consecución de la finalidad de la inspección.

2. La competencia sancionadora se atribuye a los siguientes órganos:

a) A los alcaldes y alcaldesas:

a.1 Para la sanción por infracciones calificadas como leves o graves en materia de bebidas alcohólicas, salvo las relativas a la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas.

a.2 Para la sanción por infracciones calificadas como leves en materia de tabaco y respecto a los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

b) Al órgano correspondiente del departamento competente en materia de adicciones:

b.1 Para la sanción por infracciones relativas a la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas calificadas como graves.

b.2 Para la sanción por infracciones calificadas como graves en materia de tabaco y respecto a los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

b.3 Para la sanción por incumplimiento de lo establecido en el artículo 49.2 y 3.

b.4 Para la sanción por incumplimiento de lo establecido en el artículo 21.3 inciso primero.

c) Al Consejo de Gobierno, para la sanción de las infracciones calificadas como muy graves.

d) Al órgano que corresponda en los departamentos competentes en materia social y en materia sanitaria, para la sanción por el incumplimiento de los establecido en el artículo 81.1.

3. Si durante la tramitación del expediente la persona instructora designada estimara que la competencia para sancionar no corresponde a la administración a la que pertenece, remitirá las actuaciones a la que la ostente, que las continuará a partir de la fase de procedimiento en que se hallen.

4. Sin perjuicio de lo previsto en los párrafos anteriores, en el supuesto de que un municipio se inhiba en el ejercicio de su competencia de persecución de una infracción, transcurrido el plazo de dos meses desde el requerimiento a dicho municipio, los órganos del Gobierno Vasco, según el respectivo ámbito competencial que corresponda de acuerdo con la materia de la que se trate, asumirán la competencia de incoación, instrucción y resolución del concreto expediente sancionador.

5. Los órganos competentes del Gobierno Vasco y de la administración local se informarán recíprocamente de los expedientes que se tramitan, en el plazo de 10 días contados a partir de la fecha de la resolución de incoación.

Artículo 96. *Procedimiento sancionador.*

El ejercicio de la potestad sancionadora se ajustará a lo establecido en la legislación básica del Estado y en la reguladora de la potestad sancionadora de las administraciones públicas de Euskadi.

Artículo 97. *Relaciones de sujeción especial.*

No se aplica el anterior régimen sancionador a las personas vinculadas a las administraciones públicas por una relación contractual, así como al personal a su servicio, a las que se aplicarán las normas que regulan su concreto régimen sancionador.

Disposición adicional primera. *Uso de las lenguas oficiales.*

1. Al cumplir con lo dispuesto en esta ley, las administraciones públicas utilizarán el euskera y castellano para que las relaciones que tengan los ciudadanos y ciudadanas con ellas sean en el idioma oficial que quieran aquellos, tanto de forma oral como escrita, garantizando así el derecho que les asiste para recibir la atención en el mismo idioma.

2. En el ejercicio de sus funciones, las personas que integren la Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones y el Consejo Vasco sobre Adicciones podrán utilizar el euskera y el castellano. Asimismo, se garantizará el uso de los dos idiomas oficiales de la Comunidad Autónoma de Euskadi en las convocatorias, órdenes del día y, en general, en todos los escritos de distribución ordinaria entre las citadas personas.

3. Todos los carteles, documentos y rotulaciones, en general, para el cumplimiento de las previsiones de esta ley se redactarán en euskera y castellano.

Disposición adicional segunda. *Tratamiento de datos de carácter personal.*

El tratamiento de los datos de carácter personal derivado de la aplicación de la presente ley deberá realizarse de conformidad con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, por la que se regula la Protección de Datos de Carácter Personal.

Disposición transitoria.

En tanto se mantenga la actual estructura del Departamento de Salud, las funciones atribuidas en el artículo 73.2 de la presente ley al órgano de apoyo y asistencia serán asumidas por la Dirección de Salud Pública y Adicciones.

Disposición derogatoria.

1. Quedan derogadas todas las normas de igual o inferior rango en lo que contradigan o se opongan a lo dispuesto en esta ley.

2. Quedan derogadas expresamente las siguientes disposiciones:

a) La Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias.

b) La Ley 1/1999, de 18 de mayo, para la modificación de la Ley 18/1998, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias.

c) La Ley 7/2004, de 30 de septiembre, de segunda modificación de la Ley sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias

d) La Ley 1/2011, de 3 de febrero, de tercera modificación de la Ley sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias.

e) Decreto 302/1999, de 27 de julio, por el que se desarrolla el dispositivo institucional contenido en la Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias.

f) Orden de 13 de febrero de 2001, del Consejero de Justicia, Trabajo y Seguridad Social, por la que se aprueba el Reglamento de Organización y funcionamiento del Consejo Asesor de Drogodependencias.

g) Orden de 12 de mayo de 2003, del Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, por la que se modifica el Reglamento de Organización y funcionamiento del Consejo Asesor de Drogodependencias.

h) Orden de 4 de febrero de 1997, del Consejero de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social, por la que se determinan las funciones de Investigación, Documentación e Información atribuidas a la Secretaría de Drogodependencias y se crea el Observatorio Vasco de Drogodependencias.

Disposición final primera.

Se modifica la disposición final segunda de la Ley 7/2008, de 25 de junio, de segunda modificación de la Ley 7/1994, de 27 de mayo, de actividad comercial, que queda redactada como sigue:

«1. Los ayuntamientos podrán acordar, de manera singularizada, el cierre en horario nocturno de establecimientos que vendan bebidas alcohólicas, por razones de orden público.

2. No se permitirá la venta o el suministro de bebidas alcohólicas en establecimientos comerciales no destinados al consumo inmediato de bebidas alcohólicas, con independencia de su régimen horario, desde las 22:00 horas hasta las 07:00 horas del día siguiente.»

Disposición final segunda.

Se autoriza al Gobierno Vasco para dictar las disposiciones reglamentarias en desarrollo de la presente ley.

Disposición final tercera.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del País Vasco».

Por consiguiente, ordeno a todos los ciudadanos y ciudadanas de Euskadi, particulares y autoridades, que la guarden y hagan guardar.

Vitoria-Gasteiz, 7 de abril de 2016.

El Lehendakari,

Iñigo Urkullu Renteria.

§ 47

Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas

Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
«BOPA» núm. 66, de 20 de marzo de 2015
«BOE» núm. 105, de 2 de mayo de 2015
Última modificación: 12 de julio de 2017
Referencia: BOE-A-2015-4847

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 atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas.

PREÁMBULO

I

1. El problema de las drogas y de las bebidas alcohólicas se manifiesta con realidades cambiantes en el tiempo en cuanto a los tipos de sustancias psicoactivas, los modos de consumo, los contextos y la población afectada, así como a sus consecuencias sociales. Su corolario está en los cuantiosos daños a la salud de la población en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Por esa misma causa, la obligación pública de proteger mediante normas también adquiere vertientes diferentes en el tiempo, en función de la sensibilidad social, la capacidad de detección, la circulación, la reducción de riesgos y daños, los usos terapéuticos y no terapéuticos, los derechos de las personas consumidoras de drogas y de bebidas alcohólicas o de fenómenos nuevos como el botellón o las campañas de promoción de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas dirigidas a los jóvenes.

2. El tabaco, las bebidas alcohólicas, la extensa psicofarmacología y las drogas ilegales son hoy las principales sustancias adictivas que generan preocupación social. Si bien, en las últimas décadas, la percepción pública sobre el tabaco ha ido cambiando, pasando de una aceptación sin cuestionamiento a un rechazo cada vez más generalizado, el tabaco aún sigue siendo la mayor causa evitable de muerte. No obstante, ese cambio de percepción, ha permitido impulsar medidas legislativas y preventivas y canalizar este rechazo, contribuyendo a una disminución importante de su uso.

3. Otras drogas, como la heroína, aparecieron en España en los años 80, en forma de una epidemia fatal, de rápida expansión, que diezmó una generación de jóvenes y llegó a poner a prueba todo el sistema de protección social y sanitario, incapaz de detenerla en los primeros años, para ir luego apagándose hasta casi desaparecer como fenómeno social, gracias a los múltiples esfuerzos realizados por los servicios públicos y por una parte

importante de la sociedad civil que se ha implicado en esta tarea, con frecuencia de forma heroica.

4. El consumo de otras sustancias, a menudo inducido por los usos sociales vinculados a formas y modas de disfrute del ocio, evoluciona hoy día en sentido contrario. Constituye así un motivo de preocupación el consumo inadecuado y excesivo de bebidas alcohólicas, la creciente aceptación social de los derivados del cannabis y la falsa percepción de su inocuidad, así como el consumo de otras drogas –las más conocidas las sintéticas– en proceso de renovación constante, ligadas al ocio y la diversión. También se produce, cada vez con mayor frecuencia, la utilización como drogas de algunos compuestos que, siendo autorizados para actividades y consumos perfectamente lícitos y sin relación alguna con su utilización como sustancias psicotrópicas, se utilizan como drogas de consumo, a veces con efectos demoledores. Entre ellas están fármacos anestésicos, productos químicos industriales o fertilizantes. Estas modas son cambiantes y de imprevisibles consecuencias, lo que justifica la alarma social que supone la aparición de estos nuevos consumos.

II

5. Esta ley aborda el problema social y sanitario derivado del uso y abuso de drogas y bebidas alcohólicas en base a los principios formulados en los sucesivos Planes sobre Drogas del Principado de Asturias y compartidos desde 1985 con el Plan Nacional sobre Drogas. En Asturias el Plan de Acción Regional sobre Toxicomanías planteó como objetivos la coordinación nacional, la cooperación internacional, la reducción de la oferta y de la demanda, la mejora del conocimiento y de la formación; en él se incluyeron medidas de tres tipos: preventivas, terapéuticas y de rehabilitación y reinserción social. Heredero de aquél, el actual Plan sobre Drogas para Asturias se basa en políticas de promoción de la salud, interdisciplinariedad y coordinación entre instituciones, asentado sobre los principios de atención bio-psico-social, normalización de la atención, evaluación permanente de la evidencia científica de las actuaciones y perspectiva de género.

6. En esta misma línea, los objetivos prioritarios de esta ley son la reducción de riesgos y daños causados por las drogas y las bebidas alcohólicas, a través de medidas de promoción de la salud y de prevención y la atención integral a las personas que usan drogas, mediante una oferta de calidad centrada en sus necesidades, la búsqueda de la incorporación social efectiva y el trabajo conjunto con la sociedad.

III

7. Como precedentes legales, el Código Penal de 1928 tipificó como falta la conducta de quienes, en establecimientos públicos, vendieren o sirvieren bebidas alcohólicas o permitieren la permanencia en dichos lugares a menores de dieciséis años. Junto a este tipo básico, más tarde se configuró con carácter agravado el ilícito consistente en ocasionar o agravar el estado de embriaguez de los menores, no omitiendo, tampoco, la referencia sancionadora al descuido o abandono de padres, tutores o guardadores de hecho.

8. Actualmente, la competencia de los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte, regulada en el artículo 43 de la Constitución Española y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y sus desarrollos normativos, fue base de nuevas normas, hasta llegar a la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que ampara un nuevo enfoque de las actuaciones de promoción y protección de la salud.

9. Son referentes también las leyes autonómicas sobre uso de drogas que, con carácter general y en el ámbito de las materias que forman parte de sus competencias, abordan numerosos aspectos relacionados con las drogodependencias y el consumo de bebidas alcohólicas. Además, las autonomías que aun no disponen de una ley de atención integral sobre la materia, también han regulado diversos temas relacionados y, muy especialmente, sobre bebidas alcohólicas y tabaco. La prevención es elemento capital en todas estas leyes, que establecen medidas para reducir tanto la demanda como la oferta de sustancias. Así, sobre la reducción de la oferta se establece en toda la legislación vigente una edad mínima de 18 años para el consumo de alcohol. Asimismo, la legislación estatal, en materias que

van desde las medidas contra el tabaquismo hasta la regulación de la actividad sanitaria de los Servicios de Prevención, está igualmente presente en esta ley.

10. En Asturias, la Ley del Principado de Asturias 5/1990, de 19 de diciembre, sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciséis años supuso el primer hito protector de los menores frente al consumo de bebidas alcohólicas. El desarrollo legislativo en el Principado de Asturias abarcó también la regulación específica de los centros y servicios de atención socio-sanitaria a personas drogodependientes, la regulación de los centros y servicios de tratamiento con sustitutivos opiáceos, así como la creación del Consejo Asesor sobre drogodependencias, aunque existen otras normas vigentes que influyen o actúan sobre aspectos relacionados.

11. Los Tratados y Convenios de carácter internacional, así como las recomendaciones y directivas de la Unión Europea que afectan directamente a la legislación española son de obligada referencia. Cabe destacar, entre otras, el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco de Ginebra de 21 de mayo de 2003, y el Convenio de Viena sobre Sustancias Psicotrópicas de 21 de febrero de 1971, que incluye el listado de sustancias consideradas ilícitas, así como sus precursores. Además, en la presente ley se consideran muy especialmente las recomendaciones de la «Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga» y el «Plan de Acción Europeo para reducir el Uso Perjudicial del Alcohol 2012-2020» de la Organización Mundial de la Salud de la Región Europea.

IV

12. La ley se estructura en seis títulos y cincuenta y cinco artículos. El Título preliminar recoge las disposiciones generales, define el objeto y ámbito de la ley, los objetivos generales y las definiciones necesarias para una correcta interpretación del texto, delimitando el concepto de droga que se tendrá en cuenta para identificar las sustancias objeto de regulación. Se establecen también en este Título los principios rectores y el marco conceptual que inspira la norma, basada en la integralidad, transversalidad, normalización, la participación social, la equidad y la perspectiva de género.

13. Los derechos y deberes de los drogodependientes en materia de asistencia se inscriben en las normas del sistema de servicios, y se alude específicamente a aquéllos asociados a la condición de trastornos de la conducta para evitar, en el momento de su asistencia, el estigma y la discriminación injusta por razón de su propia condición adictiva. De modo recíproco se establecen algunas pautas de comportamiento para las personas consumidoras en cuanto a los deberes y obligaciones respecto a los servicios sociales y sanitarios.

14. El Título I, en consonancia con la consideración de la prevención como eje central del trabajo en drogodependencias, se dedica íntegramente a la prevención del consumo. La problemática de las adicciones vinculadas a usos sociales de gran aceptación como son las bebidas alcohólicas o los psicotrópicos, requiere de actuaciones transversales basadas en el principio de colaboración entre los servicios públicos y el compromiso de todos los agentes sociales, como las familias y las asociaciones, con el objetivo de generar cambios de conducta en la cultura de consumo, intensamente vinculada al disfrute del ocio. Los ámbitos de atención preventiva a nivel educativo, laboral y comunitario exigen una sólida cooperación entre instituciones y entre los diferentes organismos que intervienen en este campo. Se impulsará la cooperación institucional y con las asociaciones y ONGs para actuar coordinadamente frente a los daños que producen las drogas. La regulación que se establece parte de la base de que la disposición a solicitar, adquirir y consumir sustancias, se reducirá en la medida que se desplieguen actuaciones preventivas en todos los ámbitos posibles: comunitario, escolar, familiar, del ocio y el deporte, laboral, judicial y penitenciario.

15. Eje inspirador de esta ley para el papel de las familias es el concepto de parentalidad positiva, de acuerdo con la Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros. Se trata de impulsar los valores de vinculación afectiva, el fortalecimiento de entornos estructurados, la estimulación y apoyo al aprendizaje escolar, el reconocimiento del valor de los hijos y su capacitación potenciando su percepción de que son agentes activos, competentes y capaces de cambiar las cosas e influir sobre los demás en una educación en valores que fije los límites del comportamiento.

16. En cuanto a la prevención desde el control de la oferta, es decir, de la intervención sobre la disponibilidad y accesibilidad a las sustancias, la ley no incluye las denominadas drogas ilegales, ya que están sujetas al Código Penal y a la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana. La prevención tiene por objeto evitar o, al menos, reducir el consumo de drogas y sus consecuencias, así como también evitar o, al menos, reducir el consumo abusivo e inadecuado de bebidas alcohólicas e impedir activamente su consumo y posesión por parte de menores de edad, para lo que es importante trabajar en herramientas de reducción de la demanda y de prevención del consumo de tales bebidas entre los menores de edad y de educación en un consumo moderado y responsable de las mismas en el caso de los adultos.

17. La ley se ocupa de regular la disponibilidad de aquellas sustancias que, estando definidas como drogas en esta norma, son de comercio e intercambio legal libre o sujeto a algunas restricciones.

18. Respecto al tabaco, la ley se remite a las limitaciones a la venta, consumo, publicidad y promoción del tabaco establecidas en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, a la que también se remite en lo que tiene que ver con los dispositivos electrónicos liberadores de nicotina.

19. Las recomendaciones de la comunidad científica señalan la prioridad de reducir el acceso de los jóvenes al consumo de bebidas alcohólicas y, a su vez, la evidencia constata la reducción de la mortalidad en el ámbito de los accidentes de todo tipo cuando se eleva la edad legal de consumo, lo que fundamenta la prohibición de la venta y consumo de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, dejando sin efecto la Ley 5/1990 ya citada. Se regula, igualmente, la venta, la publicidad, el consumo y la promoción de dichas bebidas y su control, en particular por sus efectos sobre los jóvenes.

20. En materia de medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos se regula la obligación de elaborar y proporcionar información actualizada a profesionales y ciudadanía sobre la utilización adecuada de medicamentos capaces de producir dependencia y el establecimiento de protocolos de detección de abuso de psicofármacos.

21. Asimismo, se prohíbe la venta, dispensación o publicidad de sustancias, que estando debidamente autorizadas para determinados usos y formas de administración, se vendan, dispensen o publiciten para otro uso o forma de administración que produzca efectos nocivos para la salud o cree dependencia, constituyendo un riesgo para la salud individual y colectiva.

22. En el Título II, sobre asistencia e incorporación social, se reconoce la igualdad efectiva en la atención sanitaria y social de las personas con drogodependencias respecto al resto de la población, de acuerdo con los principios expuestos y especialmente con la búsqueda permanente de la normalización. Se reconoce el carácter socio-sanitario de la atención que obliga a la colaboración entre los servicios asistenciales de la administración y la participación activa de la comunidad. La asistencia tiene por fin último la incorporación social normalizada de la persona drogodependiente, definiendo dicha incorporación como la plena integración en la sociedad, en condiciones de igualdad, como ciudadanos autónomos, proceso en que se requiere la cooperación de los servicios sociales, sanitarios, de empleo, educativos y otros.

23. En el Título III, referido a infracciones y régimen sancionador, bajo el principio de responsabilidad individual de los actos propios, se señalan las distintas personas responsables de las infracciones y, en particular, la responsabilidad solidaria de los representantes legales de los menores a efectos de la satisfacción pecuniaria de las multas derivadas de la infracción, así como la posibilidad de sustitución de la sanción económica por las medidas reeducadoras previstas en esta ley, en el caso de menores infractores. Se confirma así el carácter correctivo de las sanciones por conductas inapropiadas de los menores, siempre previo consentimiento de los padres o tutores y oído el menor, dejando clara la vocación reeducadora y promotora de salud de la norma. Por el contrario, se establecen sanciones de acuerdo a la gravedad, desde multa hasta, en su caso, el cierre temporal, total o parcial de los establecimientos infractores cuando se trate de adultos con plena capacidad de obrar en la venta, la publicidad o inducción al uso inadecuado de drogas o bebidas alcohólicas. Por último se establecen los ámbitos de competencia de inspección y

sanción, la consideración de agente de la autoridad del personal inspector y las tareas para las que está autorizado.

24. El Título IV, de la planificación sobre drogas y ordenación de centros y servicios, desarrolla las características del Plan sobre Drogas para Asturias, su naturaleza, elaboración, contenido y aprobación. Se establece en este Título la definición de centros y servicios socio-sanitarios para drogodependientes y se regulan sus condiciones de autorización y acreditación, actualizando las competencias de la Consejería competente en materia de sanidad para la autorización y acreditación de este tipo de centros y servicios.

25. Se dedica el Título V a la participación, información y fomento de la investigación y evaluación en materia de drogodependencias. En lo que se refiere a la participación comunitaria se recoge en esta ley el Consejo Asesor en materia de drogodependencias, creado y regulado por el Decreto 79/2006, de 29 de junio. Se establece asimismo el fomento de la participación ciudadana como parte de la política de drogodependencias a través de este organismo y de la colaboración con entidades y asociaciones del tercer sector.

26. El Observatorio sobre Drogas del Principado de Asturias, instancia que aglutina la información y la investigación en materia de drogodependencias, formará parte del Observatorio de Salud del Principado de Asturias, elaborando los indicadores, informes y análisis necesarios para orientar las políticas en esta materia y a los órganos que deberán llevarlas a cabo y proporcionando a la comunidad una visión de conjunto del fenómeno. También se promueve la actividad formativa en prevención de adicciones a las sustancias psicoactivas en todos los niveles de enseñanza y profesionales.

27. Finalmente, el Título VI, sobre financiación, prevé que los Presupuestos Generales del Principado de Asturias de cada ejercicio contemplen las dotaciones presupuestarias que financien las actividades reguladas en la ley, de acuerdo con las disponibilidades económicas. Así mismo, se prevé el carácter finalista de los ingresos correspondientes a las sanciones económicas tipificadas en la ley, que incrementarán las citadas dotaciones presupuestarias.

V

28. Resulta oportuno adecuar la normativa de nuestra Comunidad Autónoma al desarrollo de las actividades, planes y programas en esta materia, a la legislación existente, y a las directrices y recomendaciones internacionales, buscando recoger todos los aspectos que deben abordarse en este campo.

29. El Principado de Asturias tiene competencia para la regulación establecida en la presente ley de acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto de Autonomía en sus artículos 10.1.24, que otorga competencia exclusiva en materia de asistencia y bienestar social y actuaciones de reinserción social; 10.1.25, que reconoce competencia exclusiva en materia de protección y tutela de menores; 11.2, que establece la competencia de desarrollo legislativo en materia de sanidad e higiene y 11.4, desarrollo legislativo en materia de defensa del consumidor y del usuario.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

1. Esta ley regula el conjunto de medidas y acciones dirigidas a la atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas, incluyendo la promoción, la prevención, la asistencia y la incorporación social.

2. La ley se aplicará a las actuaciones individuales y colectivas, ya sean de carácter público o privado, en materia de drogodependencias y de consumo de bebidas alcohólicas que se desarrollen en el ámbito del Principado de Asturias.

Artículo 2. *Competencias municipales.*

1. En sus términos municipales, los ayuntamientos proveerán al cumplimiento de lo previsto en la presente ley en el ejercicio de las competencias reconocidas en la normativa básica de régimen local de la Ley General de Sanidad.

2. En todo caso, las autoridades municipales, además de ejercer labores de policía sanitaria y control de acceso por menores de dieciocho años a establecimientos en los que se dispensen bebidas alcohólicas, se ocuparán, a título de actividad concurrente con la desarrollada por la Administración autonómica, de la información y educación sanitaria de la población, adoptando cuantas medidas preventivas o restauradoras contribuyan a perfeccionar el objetivo de la presente ley.

3. Las autoridades municipales deberán suministrar a la Administración del Principado de Asturias la información que, sobre la situación existente en cada concejo, les sea solicitada, dentro de las competencias fijadas por la presente ley y en el respeto a los derechos fundamentales de las personas eventualmente implicadas.

Artículo 3. *Objetivos generales.*

Son objetivos generales de la ley los siguientes:

a) Evitar o minimizar el consumo inadecuado de drogas y bebidas alcohólicas, así como la adquisición de conductas adictivas.

b) Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas y bebidas alcohólicas y evitarlo en menores de edad.

c) Disminuir los riesgos para la salud y reducir los daños que se deriven del consumo de drogas y bebidas alcohólicas.

d) Reducir los niveles de consumo de drogas y bebidas alcohólicas, mediante el control de la oferta y la disminución de la demanda y el fomento de estrategias educativas e informativas de prevención.

e) Mejorar la salud y calidad de vida de las personas adictas a sustancias psicoactivas.

f) Generar una conciencia social solidaria y participativa frente a las drogodependencias, mejorando las actitudes y comportamientos de la población.

g) Contribuir a la inserción social de las personas adictas a sustancias psicoactivas, mediante políticas activas.

h) Fomentar la participación comunitaria y el movimiento asociativo, promoviendo los programas de ocio saludable: culturales, deportivos, medioambientales y educativos.

i) Vigilar, controlar e inspeccionar el cumplimiento de la normativa vigente en esta materia.

Artículo 4. *Definiciones.*

1. A efectos de la presente ley se entiende por:

a) Drogas: todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo por cualquier vía son capaces de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física o psíquica, con capacidad de cambiar el comportamiento de la persona o de generar dependencia. Se incluyen también aquellos productos del comercio lícito cuando se usen para fines distintos de los autorizados, con el objeto de producir los efectos y consecuencias descritos de las drogas tales como los productos inhalantes, las colas, el óxido nitroso u otros.

b) Bebidas alcohólicas: se entiende por bebida alcohólica toda bebida con una concentración de etanol igual o superior al uno por ciento de su volumen. Las referencias a bebidas alcohólicas contenidas en esta ley responderán a esta definición.

c) Drogodependencia: adicción a una o más sustancias psicoactivas o alteración de la conducta caracterizada por el deseo fuerte, a veces insuperable, de obtener y consumir una o varias drogas; dicho deseo adquiere la máxima prioridad y puede acompañarse de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas.

d) Atención integral: conjunto de actuaciones de carácter biopsicosocial que se ofrecen a los pacientes, a las familias y a la comunidad, ya sean de promoción, prevención o asistencia e incorporación social, entendidas conforme a las siguientes definiciones:

1.º Promoción de la salud: proceso destinado a proporcionar medios y herramientas para que las personas incrementen el control sobre su salud para mejorarla y que estudia las formas de favorecer una mejor salud en la población.

2.º Prevención: conjunto de actuaciones dirigidas a eliminar o modificar las condiciones asociadas al consumo de drogas y bebidas alcohólicas y a fomentar los entornos de protección.

3.º Asistencia: conjunto de servicios y actuaciones que se presta a las personas que sufren problemas causados por el consumo de drogas y bebidas alcohólicas. Los objetivos de la asistencia pueden ser la desintoxicación, deshabituación, disminución de riesgos y reducción de daños.

4.º Incorporación social: proceso dirigido a la integración plena de una persona en la sociedad como ciudadano responsable y autónomo.

5.º Evaluación: proceso de análisis de los indicadores establecidos sobre las actividades realizadas en la prevención, asistencia e incorporación social de las personas drogodependientes.

2. A los efectos del número 3º de la letra d) del apartado 1, se entiende por:

a) Desintoxicación: proceso terapéutico que tiene como objetivo la interrupción de la intoxicación producida por una sustancia psicoactiva exógena al organismo.

b) Deshabituación: conjunto de técnicas terapéuticas encaminadas al aprendizaje de habilidades y estrategias que permitan enfrentarse a los riesgos y problemas asociados al consumo de drogas y que tiene como finalidad el abandono del consumo y la desaparición de la dependencia.

c) Disminución de riesgos: intervenciones orientadas a modificar las conductas asociadas a efectos perjudiciales del uso de drogas.

d) Reducción de daños: intervenciones dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos del uso de drogas o de las patologías asociadas.

Artículo 5. *Principios rectores.*

Son principios rectores de la presente ley los siguientes:

a) Responsabilidad pública y coordinación institucional de las intervenciones sectoriales necesarias para abordar la prevención, asistencia, inserción y control de las drogodependencias.

b) Normalización, dando respuesta a las distintas necesidades de atención desde la inclusión en los recursos comunitarios que la sociedad asturiana tiene para responder a los ciudadanos como son sanidad, educación, servicios sociales, policía y otros, evitando la estigmatización generada por rutinas o servicios exclusivos.

c) Intersectorialidad, cooperación y coordinación de todos los agentes que intervienen en la atención a las drogodependencias.

d) Efectividad y eficiencia, considerando la evidencia científica en las distintas intervenciones y su coste de oportunidad.

e) Participación, fomentando la necesidad de contar con los propios afectados y las distintas representaciones sociales del fenómeno en un marco de participación en salud imprescindible en la búsqueda de soluciones a las drogodependencias.

f) Carácter integral e interdisciplinar de la atención a las drogodependencias, contemplando las diferentes actuaciones sectoriales e institucionales en la ejecución y control de las intervenciones relacionadas con el consumo de drogas.

g) Promoción activa de estilos de vida saludables y de una cultura de salud dirigida a la prevención del consumo de drogas y/o bebidas alcohólicas, que incluya el rechazo al consumo perjudicial de drogas legales en adultos, a cualquier consumo de drogas ilegales y a cualquier tipo de consumo en menores, así como el fomento de actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a las drogas que dificulten estos consumos, generando, además una conciencia solidaria de apoyo y asistencia a las personas con problemas de uso de drogas o de consumo de alcohol.

h) Enfoque bio-psico-social, considerando que las drogodependencias y otros trastornos adictivos conllevan alteraciones de la conducta con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social de la persona así como en la comunidad en la que vive.

i) Equidad en la salud, promoviendo el derecho de todas las personas a disfrutar de igualdad de oportunidades, en función de sus necesidades, para desarrollar y mantener su salud y eliminar las desigualdades injustas y evitables.

j) Perspectiva de género, como enfoque particular de la equidad que busca eliminar las desventajas o desigualdades existentes entre hombres y mujeres.

Artículo 6. *Derechos de las personas drogodependientes.*

Las prestaciones en materia de atención a personas consumidoras de drogas o de bebidas alcohólicas garantizarán que, en toda actuación, gocen de los derechos individuales y colectivos reconocidos por el ordenamiento jurídico, especialmente:

a) A que se respete su dignidad humana, la autonomía de su voluntad, su intimidad y su personalidad, sin que puedan ser discriminadas por motivos de salud mental o física, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole o condición personal, social o económica.

b) A la seguridad jurídica, incluyendo los mecanismos y vías para formular las quejas y reclamaciones que estime pertinentes y que éstas sean respondidas adecuadamente.

c) A la voluntariedad para iniciar y cesar un proceso terapéutico y a conocer las diferentes opciones terapéuticas y sus implicaciones.

d) A conocer el nombre del terapeuta al que esté asignado y el nombre y categoría profesional de todas las personas que intervengan en su tratamiento.

e) A no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier tipo de comunicación, o de agresiones contra su honor y su reputación.

f) A la participación activa propia o de la familia o responsables del paciente a lo largo de todo el proceso.

g) A la constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso asistencial.

h) A que se le extienda certificación acreditativa sobre su situación de salud, así como sobre el tratamiento que esté recibiendo o haya recibido.

i) A prestar consentimiento informado y, en particular, si el tratamiento que se le aplique puede ser utilizado para un proyecto docente o investigación, que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud.

j) A obtener la información sobre servicios y recursos a los que puede acceder y los requisitos y exigencias que plantea su proceso o tratamiento.

Artículo 7. *Garantía de los derechos.*

La Administración del Principado de Asturias garantizará los derechos de las personas drogodependientes y/o adictas a las bebidas alcohólicas su ejercicio en el ámbito de los servicios asistenciales, estableciendo como mínimo que:

a) Los centros y servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales, públicos y privados, de atención a las personas con adicciones dispondrán de información sobre los derechos y deberes de los pacientes y hojas de reclamaciones y sugerencias en formatos que garanticen su accesibilidad, incluidos los medios electrónicos.

b) El ingreso de una persona en un centro o servicio de carácter específico vendrá precedido de la firma del correspondiente contrato terapéutico, en el que se reflejen con claridad los derechos y obligaciones a observar en el proceso de recuperación.

Artículo 8. *Deberes de las personas drogodependientes.*

Las personas con adicciones a drogas y/o bebidas alcohólicas, en relación a los servicios sociales y sanitarios, tendrán las siguientes obligaciones:

a) Cumplir las normas generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las normas internas de los centros y servicios asistenciales.

b) Facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud, así como colaborar en su obtención, cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la

asistencia recibida, sin perjuicio de la salvaguardia del derecho a su intimidad y el respeto a las normas de protección de datos.

c) Hacer un uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema de servicios sanitarios y sociales, tanto en lo que se refiere a su utilización, como a los procedimientos de incapacidad temporal o permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

d) Respetar la dignidad, honor e integridad del personal de los centros asistenciales.

e) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.

TÍTULO I

De la prevención del consumo de drogas y bebidas alcohólicas

Artículo 9. *Alcance y objeto de la prevención.*

1. La prevención tendrá por objeto evitar o, al menos, reducir el consumo de drogas sus consecuencias, a través de la disminución de la demanda, entendida como disposición a solicitar, adquirir y consumir drogas por parte de las personas, y del control de la oferta, entendida ésta como la accesibilidad y disponibilidad para la obtención y adquisición de las mismas con fines de tráfico comercial o consumo.

2. Asimismo, el alcance de la prevención prevista en esta ley es evitar o, al menos, reducir el consumo abusivo e inadecuado de bebidas alcohólicas, así como impedir activamente el consumo y la posesión de éstas por parte de menores de edad.

CAPÍTULO I

Medidas para la reducción de la demanda

Artículo 10. *Criterios de actuación.*

1. Las actuaciones desarrolladas en materia de prevención del consumo de drogas y/o bebidas alcohólicas se enmarcan en el ámbito general de la promoción, la información y la educación para la salud, teniendo en cuenta la perspectiva de género en todos los ámbitos programados, para favorecer la equidad entre mujeres y hombres y conseguir sensibilizar a la población desde esta óptica.

2. La Administración del Principado de Asturias y las entidades locales, cada una en el ámbito de sus competencias, establecerán los procedimientos necesarios para una coordinación efectiva de las actividades preventivas que se desarrollen en un área sanitaria o zona de salud determinada mediante el trabajo en equipo de todos los dispositivos asistenciales, educativos, sociales y de las organizaciones de la sociedad civil en las actividades encaminadas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto individual como colectiva, de los residentes de la comunidad.

3. Se favorecerán las alternativas sociales y de ocio libres de drogas y bebidas alcohólicas y se potenciarán la sensibilidad social y responsabilidad individual sobre la propia salud y la de la comunidad.

4. Se promoverá el principio de parentalidad positiva, o comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida y desarrolla sus capacidades, no es violento y proporciona el reconocimiento y la orientación necesaria e incluye el establecimiento y la fijación de límites al comportamiento del niño, para posibilitar su pleno desarrollo.

5. La Administración del Principado de Asturias y las entidades locales, cada una en el ámbito de sus competencias y de forma coordinada, procurarán un desarrollo urbano equilibrado que contribuya a la disminución de desigualdades en el acceso a los recursos y, especialmente, a la eliminación de focos de marginalidad social, con objeto de superar las condiciones que inciden en la aparición de dependencia a las drogas o a las bebidas alcohólicas y especialmente las desigualdades sociales que favorecen las mismas.

Artículo 11. *Actuaciones en el ámbito comunitario.*

1. Las actuaciones preventivas dirigidas al ámbito comunitario tendrán como objetivos:

a) Potenciar la implantación y desarrollo de programas de prevención que integren sus actuaciones en todos los niveles formales e informales y, en particular, escolar, sanitario, social, familiar, de ocio y tiempo libre, laboral, judicial y penitenciario, de forma coordinada entre todas las administraciones e instituciones afectadas, cada una en el ámbito de sus competencias.

b) Promover de forma prioritaria acciones preventivas dirigidas a la población infantil y juvenil.

2. Se potenciarán las actuaciones en materia de servicios sociales en el ámbito comunitario destinadas a intervenir sobre las condiciones y circunstancias sociales, económicas y culturales asociadas a la aparición de problemas de adicción a las drogas o a las bebidas alcohólicas, especialmente aquéllas destinadas a mejorar las condiciones de vida y superar los factores personales, familiares o sociales de marginación, incluyendo las desigualdades de género, que incidan en el consumo de drogas o bebidas alcohólicas.

Artículo 12. *Actuaciones en el ámbito educativo.*

1. Se fomentará la colaboración entre la Administración del Principado de Asturias y las entidades locales, cada una en el ámbito de sus competencias, en la promoción de la salud y la prevención del consumo de drogas o bebidas alcohólicas en todas las etapas educativas.

2. En el marco del proyecto educativo de los centros de enseñanza existirán programas de educación para la salud que incorporen, a lo largo del proceso educativo, la prevención del consumo de drogas y bebidas alcohólicas y la promoción de estilos de vida saludables, adecuando sus contenidos a cada ciclo educativo. En el desarrollo de estos programas colaborarán las consejerías competentes en materia de educación, servicios sociales y sanidad.

3. Se fortalecerán las habilidades socio-afectivas y las competencias personales y sociales positivas que refuercen el rechazo hacia el consumo de drogas y bebidas alcohólicas.

4. Las actuaciones se dirigirán a toda la comunidad educativa, incluyendo alumnado, familiares y personal docente y de servicios, teniendo en cuenta las condiciones particulares de la comunidad donde el centro educativo esté localizado.

5. Se priorizarán las acciones que permitan prevenir el inicio del consumo, incidiendo sobre factores de riesgo, como pueden ser situaciones del alumnado con problemas específicos, y las actuaciones que permitan desarrollar estrategias de detección temprana del consumo de drogas o bebidas alcohólicas, en aquellos jóvenes que ya se han iniciado en el consumo.

6. Los centros educativos, en colaboración con la red sanitaria y social, desarrollarán programas de intervención socio-educativa y comunitaria con menores en riesgo psicosocial.

7. El sistema educativo deberá planificar los recursos materiales y didácticos que garanticen la prevención del consumo de drogas y bebidas alcohólicas tanto en su desarrollo curricular como en actividades extraescolares y complementarias.

8. Los programas educativos en materia de prevención de toxicomanías contemplarán los mecanismos que aseguren unos niveles de calidad adecuados. Dichos programas deberán ser evaluados para conseguir el cumplimiento de los fines para los que se implantan.

9. La Administración educativa pondrá en marcha un programa continuado de formación del profesorado en prevención del consumo de drogas y bebidas alcohólicas.

Artículo 13. *Actuaciones en el ámbito familiar.*

1. Se impulsarán actuaciones preventivas dirigidas a las familias y, especialmente, en los términos del artículo 23 de la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales, a aquéllas que precisan apoyo social para superar las condiciones familiares, sociales y laborales asociadas al mayor riesgo de consumo de drogas o bebidas alcohólicas, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

2. Dichas actuaciones preventivas se inspirarán en este ámbito en los principios de la parentalidad positiva: refuerzo afectivo, entorno estructurado para el menor, reconocimiento, capacitación, orientación y no violencia.

3. Serán objeto de especial atención preventiva aquellas familias en situación de necesidad, entre otras:

a) Las de padres adolescentes o primerizos con necesidades especiales.

b) Aquellas con dificultad para conciliar la vida familiar y laboral.

c) Las familias con personas dependientes a cargo o con hijos con necesidades especiales.

d) Las familias reconstituidas o en situaciones de divorcio cuyos conflictos de convivencia perjudican y alteran el desarrollo personal y social de los menores.

e) Las familias monoparentales en circunstancias de dificultad socioeconómica.

f) Las familias ubicadas en barrios con escasos espacios y oportunidades para las relaciones sociales y el ocio constructivo de los menores.

g) Las familias de población migrante con escasas relaciones sociales y escasa red de apoyo natural.

h) Las familias con hijos en la adolescencia con comportamientos antisociales y consumo de bebidas alcohólicas y drogas.

i) Las familias con menores en situaciones de absentismo, abandono y fracaso escolar.

j) Las familias con situaciones de violencia en la pareja, maltrato hacia los hijos, o donde son los padres o los abuelos los que sufren la violencia por parte de sus hijos menores o jóvenes.

k) Las familias con menores en las que alguno de sus miembros tenga problemas de alcoholismo o drogadicción.

4. La Administración del Principado de Asturias y las entidades locales, cada una en el ámbito de sus competencias, colaborarán en la planificación y ejecución de estas actuaciones.

Artículo 14. *Actuaciones en los ámbitos deportivo y de tiempo libre.*

1. Con el objeto de prevenir el consumo de drogas y bebidas alcohólicas, se fomentarán modelos alternativos de uso del tiempo libre y prácticas deportivas saludables.

2. Se promoverá la colaboración con las federaciones deportivas y las organizaciones empresariales y sindicales del sector de los espectáculos públicos y de las actividades recreativas y deportivas para mejorar la formación del personal, a fin de dar respuestas adecuadas ante los problemas de abuso de drogas o de bebidas alcohólicas y aplicar medidas de prevención y reducción de riesgos.

Artículo 15. *Actuaciones en el ámbito judicial.*

La Administración del Principado de Asturias, de acuerdo con los órganos competentes de la Administración de Justicia, desarrollará de forma prioritaria los siguientes programas en el ámbito judicial:

a) Atención, asesoramiento y seguimiento a personas con adicción a las bebidas alcohólicas y/o a las drogas en Juzgados y Tribunales.

b) Asesoramiento a Juzgados y Tribunales, Ministerio Fiscal y Policía Judicial en materia de adicción a las bebidas alcohólicas y/o a las drogas.

c) Control y seguimiento de toxicomanías en personas con programas sustitutivos de privación de libertad.

d) Formación de los profesionales del ámbito judicial en materia de adicción a las bebidas alcohólicas y/o a las drogas.

Artículo 16. *Actuaciones en el ámbito de la justicia juvenil.*

La Administración del Principado de Asturias prestará, dentro de su ámbito de actuación, asistencia y asesoramiento a aquellos menores y jóvenes con problemas de adicción a las bebidas alcohólicas y/o a las drogas sobre los que la propia Comunidad Autónoma esté ejecutando una medida judicial o extrajudicial.

En este sentido, se promoverá la articulación de protocolos o acuerdos de colaboración entre las Consejerías y organismos competentes en materia de salud, bienestar social y justicia, que incluirán como mínimo:

a) Apoyo al desarrollo de programas de educación para la salud, tanto en centros de responsabilidad penal de menores como en el ámbito de las entidades colaboradoras que desarrollen en cada momento los programas de ejecución de medidas judiciales y extrajudiciales a menores y jóvenes infractores en el Principado de Asturias.

b) Atención especializada en adicción a las bebidas alcohólicas y a las drogas, tanto en centros de responsabilidad penal de menores como en el ámbito de las entidades colaboradoras que desarrollen en cada momento los programas de ejecución de medidas judiciales y extrajudiciales a menores y jóvenes infractores en el Principado de Asturias.

c) Atención a la demanda de cumplimiento por parte de los menores de medidas judiciales y extrajudiciales que impliquen la realización por el infractor de programas de prevención y tratamiento de deshabituación de tóxicos, realización de tareas socioeducativas, tratamientos ambulatorios o asistencia a centros de día o a aquellos que se consideren más adecuados.

Artículo 17. *Actuaciones en el ámbito penitenciario.*

La Administración del Principado de Asturias prestará, dentro de su ámbito de actuación, asistencia y asesoramiento a personas con adicción las bebidas alcohólicas y/o a las drogas internadas en sus distintos grados en las instituciones penitenciarias existentes en el Principado de Asturias, a través del establecimiento de las medidas de colaboración oportunas con la Administración Penitenciaria. En este sentido se promoverá la adopción de convenios de colaboración entre ambas administraciones que podrán incluir, entre otras actuaciones, las siguientes:

a) El desarrollo de programas libres de bebidas alcohólicas y de drogas y otros programas en unidades terapéuticas y educativas dentro del centro penitenciario.

b) La implantación de programas de educación para la salud en los centros dependientes de instituciones penitenciarias en el Principado de Asturias.

Artículo 18. *Actuaciones en el ámbito laboral.*

1. La Administración del Principado de Asturias desarrollará e impulsará programas de formación, detección precoz, asistencia, inserción laboral e investigación en materia de adicción a las bebidas alcohólicas y/o a las drogas, dirigidos a los servicios de prevención de riesgos laborales, con el fin de implantar programas de promoción de la salud en el trabajo y propiciar entornos laborales libres de drogas y bebidas alcohólicas.

2. La Administración del Principado de Asturias trabajará conjuntamente con el resto de organismos competentes en materia sanitaria y laboral en la Comunidad Autónoma, impulsando la realización de programas de atención y de inserción laboral en materia de adicción a las bebidas alcoholicas y/o a las drogas, dirigidos a la población trabajadora, al personal directivo y a las estructuras y organizaciones de representación patronal y sindical. En este sentido, serán criterios prioritarios:

a) Crear el clima favorecedor para que la adicción a las bebidas alcohólicas y/o a las drogas o las patologías derivadas de su consumo no sean un instrumento de discriminación en el medio laboral.

b) Establecer programas de formación continuada, en colaboración con las organizaciones empresariales, sindicales y servicios de prevención de riesgos laborales.

c) Favorecer la detección temprana y la intervención precoz para evitar el uso de drogas y bebidas alcohólicas que produzcan alteración en el trabajador con riesgo para su salud o la de terceros.

d) Facilitar, desde el medio laboral, el acceso de las personas con adicción a las bebidas alcoholicas y/o a las drogas a los servicios especializados.

e) Utilizar el propio medio laboral, como mecanismo útil de deshabituación de consumo de drogas y bebidas alcohólicas.

3. Se priorizarán las acciones sobre el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco y se tendrán en cuenta aquellos sectores y actividades o condiciones laborales en los que el consumo de sustancias tenga un mayor riesgo para la persona trabajadora u otras personas.

4. La Administración del Principado de Asturias trabajará conjuntamente con el resto de organismos competentes en materia sanitaria y laboral en la Comunidad Autónoma, impulsando la presencia de esta materia en la negociación colectiva y, muy especialmente, las medidas tendentes a la conservación del empleo y a la reducción de las causas de la incapacidad temporal o permanente producida por las drogas y/o las bebidas alcohólicas.

5. Los programas ocupacionales, tales como las escuelas taller o los talleres de empleo, incorporarán igualmente acciones en esta materia.

CAPÍTULO II

Medidas para el control de la oferta

Sección 1.ª Venta, consumo, publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas

Artículo 19. *Prohibiciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas.*

1. Se prohíbe la venta o suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.

2. Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas por menores de 18 años.

3. A los efectos del presente artículo no exonerará de responsabilidad el consentimiento de compra, suministro o consumo otorgado por padres, madres o tutores, ni la autorización escrita para ello. Incurrirán en responsabilidad las personas mayores de edad que induzca a un menor al consumo de bebidas alcohólicas.

4. Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas por el personal de los centros sanitarios, sociales o educativos, públicos o privados, durante su jornada de trabajo.

Artículo 20. *Medidas de control de la venta, suministro, publicidad o consumo de bebidas alcohólicas en espacios de uso público.*

1. No se permite la venta, suministro, publicidad o consumo de bebidas alcohólicas en:

a) Centros y establecimientos sanitarios tanto públicos como privados.

b) Centros educativos, tanto públicos como privados. No obstante, en los centros universitarios y escuelas superiores estará permitida la venta o suministro de bebidas alcohólicas para su consumo en los lugares autorizados al efecto.

c) Centros de asistencia a menores de 18 años, tanto públicos como privados.

d) Centros de esparcimiento, ocio y deporte cuando se realicen actividades específicamente destinadas a menores de 18 años, salvo los lugares expresamente habilitados al efecto.

e) Centros de las administraciones públicas, salvo en los lugares autorizados al efecto.

f) Centros de atención socio-sanitaria, públicos o privados, salvo los lugares expresamente habilitados al efecto.

g) Centros específicos de atención socio-sanitaria a personas drogodependientes.

h) Centros de trabajo, salvo los lugares expresamente habilitados al efecto.

2. Todos los establecimientos habilitados para la expedición de bebidas alcohólicas deberán hacer constar, mediante el correspondiente cartel, situado en lugar perfectamente visible, la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años y de su consumo por éstos. Reglamentariamente se determinarán sus dimensiones y contenido.

La misma obligación compete a los propietarios de establecimientos de alimentación, que deberán situar la mencionada indicación en las inmediaciones de los lugares donde se encuentren los productos alcohólicos.

3. Queda prohibida la venta y suministro de cualquier producto que imite los envases de bebidas alcohólicas específicamente dirigido a menores de 18 años.

4. Las máquinas expendedoras de venta y suministro de bebidas alcohólicas han de contar con los mecanismos adecuados de activación o puesta en marcha por la persona responsable del establecimiento para impedir el acceso a menores de 18 años.

Dichas máquinas expendedoras deben contar con la información explícita de la prohibición de venta a menores de 18 años y estar situadas en el interior de los locales en un lugar que permita la vigilancia directa y permanente de su uso por parte del titular del local, no pudiendo ubicarse en las áreas anexas o de acceso previo a los locales, como las zonas de cortavientos, pórticos, pasillos de centros comerciales, vestíbulos, distribuidores, escaleras, soportales o lugares similares que puedan ser parte del inmueble pero no constituyen propiamente el interior del establecimiento.

Las máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas no podrán ubicarse en los locales, centros, establecimientos o lugares en los cuales esté prohibido la venta o el consumo de bebidas alcohólicas.

Artículo 21. *Limitaciones a la publicidad de bebidas alcohólicas.*

Los periódicos y revistas editados y distribuidos específicamente, las emisiones de radio y televisión desde los centros emisores situados, los folletos y otros soportes físicos gráficos o sonoros distribuidos y la publicidad estática situada, en todos los casos, en el Principado de Asturias, estarán sometidos a las siguientes limitaciones, sin perjuicio de las establecidas por la normativa específica de publicidad:

a) Queda prohibida cualquier publicidad dirigida específicamente a embarazadas o menores de 18 años en la que se induzca, directa o indirectamente, al consumo de bebidas alcohólicas.

b) Queda prohibido el uso de imágenes, voz y sonidos de menores de 18 años en la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas.

c) No se sugerirá que el consumo de estas bebidas contribuye al éxito social, sexual o mejora en el rendimiento físico o deportivo, ni se le atribuirán propiedades terapéuticas.

d) Queda prohibida la difusión entre menores de edad, directamente o por cualquier medio, de propaganda de bebidas alcohólicas, marcas, empresas elaboradoras o locales de degustación de las mismas.

e) Se prohíbe la publicidad de marcas, objetos o productos que por su denominación, vocabulario, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa, puedan derivar directa o indirectamente en publicidad de bebidas alcohólicas dirigidas a menores de 18 años.

f) Se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas en cualquier tipo de soporte de titularidad pública o ubicado en terrenos de titularidad pública, ya sea digital, audiovisual o físico, como vallas publicitarias, marquesinas, mupis, mobiliario urbano o publicaciones. Esta prohibición no afectará a la publicidad de bebidas cuya graduación no supere los veinte grados centesimales, sin perjuicio de que, en el caso de tratarse de publicidad exterior, la misma ha de situarse, además, a más de doscientos metros del perímetro de centros educativos de enseñanza infantil, primaria y secundaria o de centros sociales destinados al apoyo a personas con problemas de alcoholismo.

g) La Administración del Principado de Asturias promoverá la celebración de acuerdos de autocontrol y autolimitación de la publicidad de bebidas alcohólicas en el ámbito de las empresas, productores o sus asociaciones, distribuidoras de dichos productos, así como con los anunciantes, agencias y medios de publicidad que operen en su territorio, en orden a lograr los objetivos de la presente ley.

Artículo 22. *Limitaciones a la promoción de bebidas alcohólicas.*

1. No podrá realizarse promoción de bebidas alcohólicas dirigidas específicamente a menores de 18 años.

2. En las visitas a bodegas, lagares o plantas de producción o embotellado de bebidas alcohólicas no se podrá vender, suministrar ni ofertar a los menores de 18 años ninguna bebida alcohólica. De acceder a dichos lugares, los menores deberán acudir acompañados de personas mayores de edad, responsables de los mismos por razones familiares, legales o docentes.

3. Se prohíbe la promoción del consumo de bebidas alcohólicas en establecimientos, locales y demás espacios autorizados para su consumo, mediante prácticas incitadoras del consumo abusivo, como los concursos de resistencia alcohólica, el ofrecimiento de consumiciones a precios inferiores a los que correspondan según la carta de precios de los

establecimientos, locales o instalaciones u otros supuestos análogos. No se consideran incluidas en esta prohibición las celebraciones privadas, aunque se celebren en establecimientos, locales y demás espacios autorizados para el consumo de bebidas alcohólicas, siempre que, en este caso, se hubiera contratado de forma íntegra el servicio de hostelería y no se ofrezca a terceros por parte de los organizadores la venta de consumiciones de bebidas alcohólicas.

4. No estará sujeta a limitaciones la promoción económica de los productos con denominación de origen u otras figuras de protección oficial, cuando estén dirigidas al ámbito industrial, al comercio al por mayor, al fomento de la producción o a la difusión en ferias mercantiles o eventos vinculados al desarrollo del mercado de estos productos, siempre que se respete lo expresado en el artículo 20 y en los apartados 1, 2 y 3 del presente artículo.

Sección 2.ª Venta, consumo, publicidad y promoción de tabaco y dispositivos electrónicos de nicotina

Artículo 23. *Regulación.*

1. Las limitaciones a la venta, consumo, publicidad y promoción del tabaco serán las establecidas en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, o normativa básica que la sustituya.

2. En cuanto al consumo, venta, suministro, publicidad y promoción de dispositivos susceptibles de liberación de nicotina se estará a las previsiones establecidas al respecto en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los consumos del tabaco.

Sección 3.ª De las limitaciones aplicables a otras sustancias

Artículo 24. *Control de medicamentos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.*

1. La Administración del Principado de Asturias elaborará y proporcionará información actualizada a los profesionales y a la ciudadanía sobre la utilización adecuada de medicamentos capaces de producir dependencia.

2. Al objeto de reducir el consumo de psicotrópicos los servicios sanitarios deberán establecer protocolos de usos y de detección de abuso de psicofármacos, incorporando medidas en relación con la sobreprescripción a colectivos de riesgo y la cronificación de los tratamientos.

Artículo 25. *Control de otras sustancias adictivas o nocivas.*

1. Los productos que contengan sustancias adictivas no se podrán presentar de manera que por su color, forma, grafismo u otras circunstancias puedan atraer especialmente la atención de los menores de 18 años.

2. Queda prohibida la venta, dispensación o publicidad de sustancias, que estando debidamente autorizadas para determinados usos y formas de administración, se vendan, dispensen o publiciten para otro uso o forma de administración que produzca efectos nocivos para la salud o cree dependencia. A estos efectos en el ámbito del Principado de Asturias se prohíbe la venta, la dispensación y la publicidad para el consumo por inhalación de óxido nitroso (ON2).

3. A los mismos efectos se prohíbe la venta o dispensación a menores de 18 años de los productos definidos en el artículo 4.1 a) de la presente ley, excepto a mayores de 16 años que acrediten su uso profesional.

4. La Consejería competente en materia de sanidad determinará reglamentariamente la relación de las sustancias a las que se refiere el presente artículo, en función de la información disponible sobre usos y abusos con fines psicotrópicos de cualquier tipo de sustancia.

TÍTULO II

De la asistencia e incorporación social

CAPÍTULO I

La asistencia

Artículo 26. *Igualdad en la asistencia.*

La atención sanitaria y social a las personas adictas a drogas y/o bebidas alcohólicas se proporcionará en condiciones iguales al resto de la población, de acuerdo a sus necesidades y a los niveles de prestaciones existentes en la red de servicios sociales y de salud.

Artículo 27. *Criterios de prestación de la asistencia.*

La asistencia se prestará de acuerdo con los siguientes criterios:

a) La prestación asistencial buscará en todo momento la normalización, entendiendo por tal la realización de la misma dentro de los dispositivos comunes a todo el sistema sanitario y social, evitando la aplicación de procedimientos que impliquen excepcionalismo o estigmatización de los pacientes, con las salvedades que las características de este tipo de asistencia requiera.

b) La Administración del Principado de Asturias desarrollará programas específicos dirigidos a la población con adicción a sustancias psicoactivas de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario, incluidos los relacionados con la comorbilidad.

c) Los programas se basarán en la atención integral, incluirán los tratamientos avalados por la evidencia científica y considerarán, de manera prioritaria, actividades de educación sanitaria y consejo a personas usuarias de drogas y/o adictas a las bebidas alcohólicas en situación de incorporación social.

d) Se prestará especial atención a las situaciones de emergencia social, apoyando los programas que trabajen objetivos mínimos de socialización.

e) La Administración del Principado de Asturias, dentro del marco de la cartera de servicios del Servicio de Salud del Principado de Asturias, fomentará la implantación de nuevas técnicas y programas terapéuticos y de integración social que puedan contribuir a la mejora de la efectividad de la asistencia, de acuerdo con el conocimiento científico actualizado e independiente.

f) La asistencia se prestará de forma coordinada entre las diferentes consejerías con competencias en materia sanitaria, social, de formación y de empleo.

g) Para la prestación de la asistencia se buscará la participación activa de la comunidad en las distintas fases de la asistencia e integración social de las personas con adicciones.

Artículo 28. *Niveles de asistencia.*

1. La prestación de la asistencia sanitaria en materia de drogas y bebidas alcohólicas a la población atendida por el Sistema Nacional de Salud se realizará por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, en el marco de su cartera de servicios, directamente o a través de instituciones o entidades con quienes concierte esa asistencia.

2. Los centros y servicios prestadores de asistencia sanitaria en materia de uso de drogas o adicción a las bebidas alcohólicas proporcionarán servicios de desintoxicación, deshabituación, reducción de daños, incluyendo tratamiento sustitutivo, o atención a las complicaciones orgánicas y psíquicas y a las urgencias derivadas del consumo de tales sustancias.

3. A través del establecimiento de las medidas de colaboración oportunas con la Administración Penitenciaria, el Servicio de Salud del Principado de Asturias proporcionará en los centros penitenciarios atención especializada de acuerdo a las necesidades de las personas internas afectadas por adicción a sustancias psicoactivas.

4. La Administración del Principado de Asturias, de acuerdo con los órganos competentes de la Administración de Justicia y de la Administración Penitenciaria, podrá

atender la demanda de cumplimiento de penas en centros terapéuticos y de cumplimiento de penas de trabajo en beneficio de la comunidad.

Artículo 29. *Formas de cooperación y colaboración.*

La Administración del Principado de Asturias podrá apoyar los programas de desintoxicación, deshabituación, disminución de riesgos, reducción de daños y objetivos intermedios de otras administraciones públicas o entidades del tercer sector, a través de las formas de cooperación y colaboración previstas en el ordenamiento jurídico.

Artículo 30. *Actuaciones de asistencia sanitaria ante el consumo de drogas y/o bebidas alcohólicas en personas menores de edad.*

1. Los centros y servicios de asistencia ordinaria y urgente dispondrán de protocolos, normas y herramientas para la detección del consumo de riesgo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas y para la actuación preventiva correspondiente.

2. En el ámbito de la atención primaria de salud se desarrollarán actividades de promoción, prevención y educación para la salud, dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables y a promover conductas positivas en relación con las drogas para reducir o eliminar los riesgos de salud específicos y fomentar los autocuidados, incluyendo:

a) Información y asesoramiento sobre conductas o factores de riesgo y sobre estilos de vida saludables.

b) Actividades socio educativas y de consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias adictivas.

3. En estrecha colaboración con los servicios de atención primaria de salud, corresponde a los servicios de salud mental:

a) El diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y otras drogodependencias.

b) El diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas cuando se presenten asociadas con otros trastornos psicopatológicos, en infancia y adolescencia, reforzando las conductas saludables.

c) La información y asesoramiento a las personas vinculadas al drogodependiente, especialmente a los responsables legales.

4. Los centros y servicios sanitarios informarán y recabarán la presencia de padres, tutores o guardadores legales cuando atiendan a un menor de edad con motivo de una intoxicación etílica o del abuso de drogas legales o ilegales y les proporcionarán el asesoramiento necesario.

5. A los menores atendidos por intoxicación etílica o por abuso de drogas en los servicios de urgencia se les realizará una evaluación integral, implicando a sus responsables legales. Esta evaluación incluirá una valoración psicológica que asegure la continuidad de su atención tras el alta siempre que se considere necesaria.

Artículo 31. *Garantías sociales en la asistencia.*

Con el objeto de facilitar el acceso de personas en situaciones sociales complejas a los programas de desintoxicación, deshabituación y reducción de daños en centros especializados, se establecen las siguientes garantías:

a) El ingreso en un centro especializado no conllevará la suspensión de ninguna subvención, ayuda o prestación de carácter social de la Administración del Principado de Asturias de la que pudiera ser beneficiario.

b) Cuando el ingreso implique la pérdida de los recursos económicos de una unidad familiar que genere una situación de emergencia social, se podrán solicitar las prestaciones contempladas en el sistema público de servicios sociales, de acuerdo con su normativa específica.

c) Los recursos sociales y sanitarios se coordinarán especialmente para la atención de las necesidades de las personas con familiares a cargo que deban ingresar en un centro especializado.

CAPÍTULO II

La incorporación social

Artículo 32. *Incorporación social.*

1. La incorporación social de las personas que sufren adicciones a drogas y/o bebidas alcohólicas es el objetivo final del proceso que debe estar presente desde su inicio en la fase asistencial.

2. Corresponde a la Administración del Principado de Asturias y a las entidades locales, cada una en el ámbito de sus competencias, la prevención de las causas que producen la marginación social y la desigualdad de las personas drogodependientes o alcohólicas, así como de las que limitan el desarrollo de una vida autónoma de dichas personas.

3. Corresponde al sistema de servicios sociales, de acuerdo con la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales, la cobertura de las situaciones de necesidad social, la prevención de la exclusión social y el desarrollo de acciones dirigidas a la incorporación social de las personas adictas a sustancias psicoactivas.

4. Se impulsará la coordinación entre los recursos asistenciales y de incorporación social para conseguir la continuidad del itinerario terapéutico y de las intervenciones sectoriales necesarias para la inserción.

5. Se tendrá en cuenta la perspectiva de género en todo el proceso de incorporación social y, en particular, en situaciones de personas drogodependientes o alcohólicas con hijos a cargo o mujeres víctimas de violencia de género, se articularán las medidas de coordinación necesarias para atender su especial problemática.

6. La Administración del Principado de Asturias, de acuerdo con los órganos competentes de la Administración de Justicia y de la Administración Penitenciara, podrá facilitar procesos de incorporación en programas de centros de día, pisos de inserción u otros a personas afectadas por adicción a las drogas y/o las bebidas alcohólicas sometidas a alguna medida judicial o penitenciaria.

7. Para facilitar la incorporación en el mundo laboral de las personas dependientes de drogas o alcohol, se desarrollarán medidas dirigidas a la mejora de su ocupabilidad y, en especial, las siguientes:

a) Planes de formación.
b) Planes personalizados de inclusión social.
c) Desarrollo de los aspectos personales para la ocupación.
d) Información profesional para el empleo.
e) Formación en técnicas de búsqueda activa de empleo.

8. Con este mismo fin se impulsarán acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos para considerar la drogodependencia como un problema de salud y facilitar la posibilidad de rehabilitación del afectado y la reserva de su puesto de trabajo una vez finalizado el tratamiento. Asimismo, se potenciará el desistimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en los casos de abusos de drogas y alcohol.

TÍTULO III

De las infracciones y sanciones

Artículo 33. *Infracciones.*

1. El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente ley será objeto de las correspondientes sanciones administrativas, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. Las infracciones cometidas por incumplimiento de la normativa sobre venta, suministro, publicidad y consumo de productos del tabaco se sancionarán de conformidad con lo dispuesto en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

3. No podrán sancionarse los hechos que hayan sido ya sancionados penal o administrativamente, en los casos en que se aprecie identidad del sujeto, hecho y fundamento.

4. Cuando, a juicio de la Administración, la infracción pudiera ser constitutiva de delito o falta, el órgano administrativo dará traslado al Ministerio Fiscal y se abstendrá de proseguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no se haya pronunciado.

5. Las infracciones administrativas en el ámbito de las materias reguladas en la presente ley se clasifican en leves, graves y muy graves.

Artículo 34. *Infracciones leves.*

Constituyen infracciones leves las acciones u omisiones siguientes:

a) El consumo de bebidas alcohólicas por menores de 18 años.

b) Permitir el consumo de bebidas alcohólicas por menores de 18 años por parte del titular de un establecimiento o local en que no esté prohibida su venta o dispensación, cuando el consumo se realice en el interior del local o en las terrazas o espacios asociados a su actividad, en los supuestos en que se hubieran dispensado a un mayor de edad, siempre que éste no sea el responsable legal del menor.

c) El consumo de bebidas alcohólicas por mayores de 18 años en lugares en los que esté prohibido.

d) El consumo de bebidas alcohólicas por personal que preste servicios en centros sanitarios, educativos o sociales durante su jornada de trabajo.

e) La venta, suministro o dispensación a menores de 18 años de cualquier producto que imite los envases de bebidas alcohólicas.

f) Carecer del cartel en lugar visible advirtiendo la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años y de su consumo por éstos.

g) Carecer las máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas de información explícita de la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.

h) La oposición a facilitar información o la falta de colaboración con la actuación de control de las Administraciones Públicas que perturbe o retrase la misma, pero que no impida o dificulte gravemente su realización.

i) El incumplimiento de los requerimientos específicos realizados por la autoridad sanitaria.

j) Todas aquéllas que se cometan por negligencia y no conlleven un perjuicio directo para la salud individual o colectiva.

Artículo 35. *Infracciones graves.*

Constituyen infracciones graves las acciones u omisiones siguientes:

a) La venta, suministro o dispensación de bebidas alcohólicas a menores de 18 años. No obstante, se calificará como infracción leve el suministro de bebidas alcohólicas a menores por parte de un menor de 21 años que haya facilitado su compra o dispensación amparándose en su mayoría de edad, por razones de amistad.

b) La inducción a beber de un adulto sobre un menor

c) La venta o dispensación de bebidas alcohólicas en los lugares en que esté prohibida.

d) La ubicación de máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas en lugares no autorizados.

e) No disponer, las máquinas expendedoras de bebidas alcohólicas, del mecanismo adecuado de activación o puesta en marcha por el responsable del establecimiento, o que aquél no funcione correctamente.

f) El incumplimiento de las obligaciones o prohibiciones establecidas en la presente ley sobre publicidad o promoción de bebidas alcohólicas.

g) La oposición a facilitar información así como el suministro de la misma a sabiendas de su inexactitud o la falta de colaboración con la actuación de control de las Administraciones Públicas, cuando impida o dificulte gravemente su realización.

h) El incumplimiento o transgresión de las medidas cautelares adoptadas por las Administraciones Públicas o la resistencia a su ejecución.

i) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que se formulen por las autoridades sanitarias.

j) La venta, dispensación o publicidad de sustancias que, estando debidamente autorizadas por la normativa vigente para determinados usos y formas de administración se vendan o dispensen para otro uso o forma de administración, al objeto de que produzcan los efectos y consecuencias descritos para las drogas.

k) La reincidencia en la comisión de infracciones leves, en los últimos doce meses.

l) Todas aquellas que contravengan lo dispuesto en esta ley y conlleven un riesgo o perjuicio para la salud individual o colectiva.

Artículo 36. *Infracciones muy graves.*

Constituyen infracciones muy graves las acciones u omisiones siguientes:

a) La venta o dispensación de bebidas alcohólicas a menores de 18 años que genere un daño grave e inmediato para la salud del menor.

b) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección y control.

c) La organización de pruebas de resistencia alcohólica.

d) La reincidencia en la comisión de infracciones graves, en los últimos cinco años.

e) El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en esta ley, siempre que ocasione alteraciones, riesgos o perjuicios graves para la salud individual o colectiva.

Artículo 37. *Personas responsables.*

1. De las diferentes infracciones será responsable su autor, entendiendo por tal la persona física o jurídica que cometa los hechos tipificados como tales.

2. Asimismo, y en función de las distintas infracciones, también serán responsables de las mismas los titulares de las entidades, centros, locales o establecimientos en los que se cometiese la infracción; el explotador de la máquina expendedora; el beneficiario de la publicidad o promoción, entendiendo por tal tanto al titular de la marca o producto anunciado como al titular del establecimiento o espacio en el que se exhibiese la publicidad, así como, en su caso, la empresa publicitaria y el patrocinador.

3. Cuando sea declarada la responsabilidad de los hechos cometidos por un menor, responderán solidariamente con él sus padres, tutores, acogedores y guardadores legales o de hecho por este orden, en razón al incumplimiento de la obligación impuesta a éstos que conlleva un deber de prevenir la infracción administrativa que se impute a los menores. La responsabilidad solidaria vendrá referida a la pecuniaria derivada de la multa impuesta. Previo el consentimiento de las personas referidas y oído el menor, podrá sustituirse la sanción económica de la multa por las medidas reeducadoras previstas en esta ley.

Artículo 38. *Sanciones.*

1. Las infracciones tipificadas en la presente ley darán lugar a la imposición de las siguientes sanciones:

a) Multa.

b) Suspensión temporal de la actividad y/o, en su caso, cierre temporal, total o parcial, del establecimiento, centro, servicio, local o empresa, con una duración máxima de cinco años.

2. La imposición de las anteriores sanciones podrá llevar consigo la consecuencia accesoria consistente en el decomiso de las mercancías u objetos directamente relacionados con los hechos constitutivos de la infracción.

3. Las responsabilidades administrativas que se deriven del procedimiento sancionador serán compatibles con la exigencia a las personas responsables de la reposición al estado originario de la situación alterada por la infracción, así como con la indemnización de daños y perjuicios derivados de la misma, al objeto de reparar los daños o perjuicios ocasionados por la infracción.

Artículo 39. *Servicios a la comunidad y programas socioeducativos.*

Las sanciones de multa impuestas a menores de 18 años como consecuencia de infracciones por consumo de bebidas alcohólicas o tabaco podrán sustituirse, de acuerdo con lo previsto en el artículo 37.3, por:

a) Realización de servicios a la comunidad o participación en programas socioeducativos contemplados en las correspondientes ordenanzas municipales.
b) Participación en intervenciones o programas socioeducativos previstos en el marco de los servicios sanitarios, educativos o sociales públicos o concertados.

Artículo 40. *Graduación de las sanciones.*

Para la determinación de la cuantía de las multas y la aplicación de las demás sanciones, el órgano competente atenderá a los siguientes criterios de graduación:

a) Riesgo o perjuicio generado para la salud.
b) Grado de culpabilidad o intencionalidad.
c) Que la infracción se dirija contra menores de edad.
d) Alteración e incidencia social producidas.
e) Cuantía del beneficio obtenido.
f) Capacidad económica de la persona infractora.
g) Posición de la persona infractora en el mercado.
h) Grado de colaboración con la administración.
i) Reiteración y reincidencia.

Artículo 41. *Cuantía de las sanciones.*

1. Las infracciones leves serán sancionadas con multa de hasta 600 euros.
2. Las infracciones graves serán sancionadas con multas desde 601 euros hasta 10.000 euros.
3. Las infracciones muy graves serán sancionadas con multa desde 10.001 hasta 600.000 euros y/o cierre temporal, total o parcial, del establecimiento, centro, local o empresa, por un periodo de hasta cinco años.

Artículo 42. *Otras medidas.*

1. No tendrán la consideración de sanción la clausura o el cierre de los establecimientos, centros y servicios que no dispongan de las preceptivas autorizaciones o registros o de cuya actuación se derive riesgo para la salud de la población, así como la suspensión del funcionamiento o la prohibición de las actividades que se lleven a cabo, hasta que se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos establecidos. La adopción de tales medidas en la Administración del Principado de Asturias corresponderá al Consejero competente en materia de sanidad.
2. Si como consecuencia de la acción inspectora se apreciase razonablemente la existencia de un riesgo para la salud o la seguridad de las personas, la Consejería competente en materia de sanidad podrá adoptar cautelarmente las medidas a que hacen referencia los artículos 26 y 31.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Artículo 43. *Prescripción.*

1. Las infracciones a 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 tres años. En los mismos plazos prescribirán las sanciones.

2. El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse desde el día en que la infracción se hubiera cometido.

3. Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador, reanudándose el plazo de prescripción si el expediente sancionador estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.

4. El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la resolución por la que se impone la sanción.

5. Interrumpirá la prescripción la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento de ejecución, volviendo a transcurrir el plazo si aquél está paralizado más de un mes por causa no imputable al infractor.

Artículo 44. *Competencias de inspección y sanción.*

1. Sin perjuicio de las competencias de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad y a las entidades locales la realización de las inspecciones necesarias para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en esta ley, en sus respectivos ámbitos competenciales de actuación.

2. El personal que tenga encomendadas las funciones de inspección tendrá la consideración de agente de la autoridad cuando ejerza tales funciones y, acreditando si es preciso su identidad, está autorizado para:

a) Entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta ley.

b) Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta ley y de las normas que se dicten para su desarrollo.

c) Tomar o sacar muestras, en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en esta ley y en las disposiciones que se dicten para su desarrollo.

d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas, en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen.

3. La Administración del Principado de Asturias será competente para sancionar las infracciones en materia de bebidas alcohólicas u otras sustancias adictivas o nocivas previstas en esta ley y las infracciones en materia de tabaco.

4. Las entidades locales podrán imponer sanciones por infracciones calificadas como leves o graves cometidas por incumplimiento de lo establecido en la presente ley en materia de bebidas alcohólicas, previa delegación de la correspondiente competencia por la Administración del Principado de Asturias, en los términos previstos en la legislación de régimen local.

La iniciación de los procedimientos y la imposición de sanciones serán comunicadas por las entidades locales a la Consejería competente en materia de sanidad para evitar la duplicidad de sanciones por los mismos hechos y en virtud de los mismos intereses públicos tutelados.

5. La iniciación del procedimiento sancionador podrá ser ordenada en la Administración del Principado de Asturias por el Consejero competente en materia de sanidad, el Secretario General Técnico de dicha Consejería o el Director General con competencia en materia de drogodependencias.

6. La competencia en la Administración del Principado de Asturias para la resolución de los procedimientos sancionadores incoados en las materias que regula la ley corresponde:

a) Al Director General competente en materia de drogodependencias, para la imposición de sanciones por infracciones calificadas como leves.

b) Al Consejero competente en materia de sanidad para la imposición de sanciones por infracciones calificadas como graves o muy graves.

Artículo 45. *Procedimiento sancionador.*

El procedimiento sancionador se ajustará, con carácter general, a los principios y disposiciones contenidos en las normas vigentes en materia sancionadora y, con carácter

particular, a las prescripciones establecidas en el Reglamento del procedimiento sancionador general vigente en la Administración del Principado de Asturias.

TÍTULO IV

De la planificación sobre drogas y de la ordenación de centros y servicios

Artículo 46. *Plan sobre Drogas para Asturias: naturaleza y contenido.*

1. El Plan sobre Drogas para Asturias es el instrumento básico para la planificación, ordenación de los recursos y coordinación de las actuaciones en materia de drogodependencias que se lleven a cabo en el ámbito territorial del Principado de Asturias.
2. El Plan sobre Drogas para Asturias tendrá el siguiente contenido mínimo:

a) Análisis de la problemática sobre drogas y bebidas alcohólicas, aproximación epidemiológica a su consumo.
b) Criterios básicos de actuación.
c) Objetivos generales y específicos por área de actuación.
d) Programas de intervención.
e) Vigencia y calendario de actuaciones.
f) Mecanismos de control y seguimiento para la evaluación de sus actuaciones.
g) Recursos necesarios para alcanzar los objetivos del Plan.

Artículo 47. *Elaboración y aprobación del Plan sobre Drogas para Asturias.*

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad la elaboración del Plan sobre Drogas para Asturias de acuerdo con los principios señalados en esta ley.
2. En su elaboración se considerarán las directrices del Plan Nacional sobre Drogas y tendrán participación las administraciones públicas, entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas en el Principado de Asturias, así como el Consejo Asesor en materia de drogodependencias.
3. El Plan sobre Drogas para Asturias será aprobado por el Consejo de Gobierno a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad y remitido a la Junta General del Principado de Asturias a los efectos previstos en su Reglamento.

Artículo 48. *Centros y servicios de atención socio-sanitaria a personas drogodependientes.*

1. Se consideran centros y servicios de atención socio-sanitaria a personas dependientes de drogas y/o bebidas alcohólicas aquellos que realicen actividades de orientación, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción de las mismas, o cualesquiera otras medidas tendentes a mejorar su estado físico, psicológico y social.
2. Para su funcionamiento será precisa la obtención de la correspondiente autorización. Los centros o servicios, previamente autorizados, que reúnan los niveles de calidad establecidos reglamentariamente podrán obtener la correspondiente acreditación, que les habilitará para el establecimiento de conciertos con la Administración del Principado de Asturias y, en su caso, para la obtención de subvenciones de la misma. El otorgamiento de las autorizaciones y acreditaciones corresponde al Consejero competente en materia de sanidad, previo informe de la Dirección General competente en materia de drogodependencias.
3. Por decreto del Consejo de Gobierno se regularán los requisitos y condiciones de autorización y acreditación de los citados centros y servicios, así como el procedimiento para su otorgamiento, registro, modificación, ampliación, renovación y revocación. En el caso de que los centros o servicios presten atención en régimen de internamiento y no dispongan de personal sanitario propio, deberán acreditar documentalmente el sistema mediante el cual quede garantizada la asistencia sanitaria a los residentes.
4. Para la celebración de convenios o conciertos con la Administración del Principado de Asturias tendrán una consideración preferente las entidades u organizaciones sin ánimo de lucro que trabajen en el cumplimiento de los fines perseguidos por esta Ley.

Artículo 49. *Centros y servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes.*

Por decreto del Consejo de Gobierno se regularán las condiciones y requisitos que deben reunir los centros y servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de éstos, radicados en el territorio del Principado de Asturias, así como su régimen de acreditación o autorización.

TÍTULO V

De la participación, de la información, de la investigación y de la evaluación

Artículo 50. *Consejo Asesor en materia de drogodependencias.*

1. El Consejo Asesor en materia de drogodependencias es el órgano colegiado de carácter consultivo de la Administración del Principado de Asturias en materia de drogas y bebidas alcohólicas, en el que participarán las administraciones públicas y los grupos sociales, profesionales y técnicos relacionados con la prevención, asistencia e integración social de las personas dependientes.

2. En el ejercicio de su actividad el Consejo Asesor en materia de drogodependencias promoverá la colaboración y cooperación con las entidades privadas del tercer sector y procurará un diálogo permanente entre las administraciones públicas y la iniciativa social, fomentando la sensibilización y la intervención sobre el fenómeno de las adicciones a drogas y/o bebidas alcohólicas en los distintos ámbitos relacionados con esta problemática.

3. El Consejo Asesor se adscribe a la Consejería competente en materia de sanidad. Su composición, organización y funcionamiento se regularán por decreto del Consejo de Gobierno.

Artículo 51. *Obligación de informar.*

Las entidades y profesionales que presten atención en materia de adicciones a drogas y/o bebidas alcohólicas en el Principado de Asturias tendrán la obligación de suministrar a la Consejería competente en materia de sanidad los datos que obtengan como resultado de sus actividades, a los efectos de control y vigilancia epidemiológica, en los términos que se determinen reglamentariamente.

Artículo 52. *Observatorio sobre Drogas y adicción a las bebidas alcohólicas del Principado de Asturias.*

1. El Observatorio sobre Drogas y adicción a las bebidas alcohólicas del Principado de Asturias integrará la información y el análisis sobre el fenómeno de las drogodependencias y formará parte del Observatorio de Salud para Asturias.

2. Los objetivos básicos del Observatorio sobre Drogas del Principado de Asturias serán:

a) Disponer de los datos contrastados, para la formulación y la ejecución de políticas, programas y proyectos relacionados con las drogas y las bebidas alcohólicas.

b) Servir de barómetro permanente de la situación de los consumos de drogas y bebidas alcohólicas existentes en nuestra región, de su evolución o tendencias en el tiempo y de las consecuencias que de los mismos se deriven.

c) Establecer la comunicación y coordinación con otras instancias de ámbito internacional, europeo, estatal o autonómico en materia de información sobre adicción a sustancias psicoactivas.

d) Elaborar y mantener indicadores fiables y sensibles, así como criterios de evaluación de las políticas, planes y programas implementados en el marco del Plan sobre Drogas para Asturias.

e) Proporcionar a la comunidad una visión de conjunto del fenómeno de las drogodependencias y la dependencia del alcohol, recopilando de todos los agentes implicados la información que éstos posean.

Artículo 53. *Evaluación.*

1. La Administración del Principado de Asturias evaluará los programas ejecutados en el marco del Plan sobre Drogas para Asturias, así como aquellos otros que, realizados por otras entidades públicas o privadas, tengan incidencia en materia de drogas y alcohol, en los términos previstos, en su caso, en el correspondiente acuerdo, convenio u otro instrumento de colaboración.

2. La evaluación abarcará, dentro de los recursos y conocimientos disponibles, el análisis de la estructura, el proceso y los resultados de la actividad. Incluirá en todo caso las recomendaciones para modificar la actividad con el fin de obtener una mejora de la misma.

Artículo 54. *Investigación y formación.*

En el marco de la presente ley, la Administración del Principado de Asturias promoverá la actividad investigadora y formativa, en sus vertientes de pregrado, postgrado y formación continuada, de todos los profesionales y agentes sociales implicados en la materia.

TÍTULO VI

De la financiación

Artículo 55. *Compromisos presupuestarios.*

1. Los Presupuestos Generales de la Comunidad del Principado de Asturias habrán de contemplar, para cada ejercicio económico, las dotaciones presupuestarias que, con arreglo a las disponibilidades económicas de cada ejercicio, se destinen a ejecutar las actividades reguladas en esta ley y que sean de su competencia.

2. Los ingresos que se produzcan por la imposición de sanciones tipificadas en esta ley generarán un crédito por la misma cuantía en la dotación presupuestaria prevista en el apartado 1 de este artículo, destinados a la prevención, asistencia e integración de las personas drogodependientes, a aquellos programas de salud pública relacionados con este colectivo y a las demás actividades previstas en la presente ley.

Disposición adicional. *Referencias a la Administración del Principado de Asturias.*

Las referencias a la Administración del Principado de Asturias contenidas en la presente ley comprenderán también a los organismos, empresas y entes públicos integrantes de su sector público, de acuerdo con el artículo 4 del texto refundido del régimen económico y presupuestario, aprobado por el Decreto Legislativo del Principado de Asturias 2/1998, de 25 de junio, en los casos en que se hubieran descentralizado en los mismos las correspondientes competencias o funciones.

Disposición derogatoria.

1. Queda derogada la Ley del Principado de Asturias 5/1990, de 19 de diciembre, sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciséis años.

2. Asimismo, quedan derogadas cuantas normas de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Disposición final primera. *Desarrollo normativo.*

1. Se autoriza al Consejo de Gobierno a dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente ley.

2. En el plazo de seis meses la Consejería competente en materia de sanidad definirá las características y contenido de la señalización a que hace referencia el artículo 20.2.

3. En el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la Ley se establecerá reglamentariamente la relación de sustancias adictivas o nocivas a que hace referencia el artículo 25.4.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

1. La presente ley entrará en vigor a los dos meses de su publicación en el Boletín Oficial del Principado de Asturias.

2. Se exceptúa de lo dispuesto en el apartado anterior los artículos 20.4, 21.c) y 21.f) que entrarán en vigor al año de la publicación de la presente ley en el Boletín Oficial del Principado de Asturias.

§ 48

Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 23, de 21 de febrero de 2003
«BOE» núm. 69, de 21 de marzo de 2003
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2003-5701

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

En las sociedades modernas el tabaquismo es uno de los factores causales más relevantes como problema de salud pública, siendo además la causa prevenible más importante de morbi-mortalidad con la particularidad de que induce una dependencia, cuyo tratamiento requiere en muchos casos de intervenciones similares a las que se utilizan para otras sustancias adictivas.

Su alta difusión y presencia provoca un elevado coste social, sanitario, económico y de sufrimiento innecesario, y dado que la salud es un valor de primer orden cuya exigencia viene demandada tanto por los ciudadanos individual como colectivamente, a través de los poderes públicos, se convierte en una responsabilidad de todos la adopción de medidas protectoras y promotoras de salud.

Considerando que la venta, publicidad y promoción de los productos de tabaco, con las restricciones existentes, no impide que ésta llegue a los jóvenes y provoca un aumento de la demanda de cigarrillos entre los adolescentes, se plantea la necesidad de establecer las condiciones necesarias para que el uso en el consumo de tabaco no se difunda a nuestra población más vulnerable.

Por otro lado, existen datos científicos sobre los riesgos para la salud en la población no fumadora vinculados a la contaminación ambiental por humo de tabaco. Por ello parece adecuado arbitrar medidas que preserven el derecho a la protección de la salud de estos ciudadanos y puedan desarrollar su actividad cotidiana sin riesgos no deseados y sin discriminación.

Teniendo en cuenta que en caso de conflicto prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir labores de tabaco en

todos aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse el derecho a la salud de los primeros, que la protección a la población menor de edad es, no sólo legítima, sino necesaria desde cualquier mandato legal o ético; que es necesario abordar el tratamiento del tabaquismo desde los servicios sanitarios como cualquier otro problema de salud y que la información y la educación deben ser acorde a las investigaciones sobre el tema, se justifica la promulgación de las medidas que se desarrollan en los capítulos siguientes.

Dado además que las actuales disposiciones legales vigentes presentan carencias importantes, la Unión Europea orienta todas sus directivas en materia de tabaco con el objetivo del "máximo de salud posible". Desde este referente queremos enmarcar la Ley Foral que aquí se presenta. Es por tanto, una Ley Foral positiva, no limitadora de derechos, sino protectora y promotora de salud. Ello cobra mayor legitimidad desde la aprobación del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco por el parlamento de Navarra el 27 de abril de 2001, cuyo reflejo es esta normativa legal.

II

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que es a los poderes públicos a quienes compete organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, fomentando la educación sanitaria.

El artículo 25.2 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, establece que deban establecerse prohibiciones y requerimientos mínimos para el uso y tráfico de los bienes cuando supongan un riesgo o daño para la salud. Al amparo del mismo y del artículo 3.2 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la defensa de los consumidores y usuarios, se dicta el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población, que en su artículo 1.o declara al tabaco sustancia nociva para la salud de la persona y en consecuencia en caso de conflicto prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores a consumir labores de tabaco en todos aquellos lugares o circunstancias en que pueda afectarse el derecho a la salud de los primeros.

Del mismo año es la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, la cual en referencia especifica al tabaco prohíbe la publicidad por medio de la televisión y en aquellos lugares en los que este prohibida su venta o consumo. Asimismo, remite a regulación reglamentaria el establecimiento de limitaciones en orden a la protección de la salud y seguridad de las personas.

En virtud de las mismas diversas disposiciones han venido a establecer limitaciones y restricciones, y en algunos casos a fin de incorporar al ordenamiento español diversas directivas europeas, entre las que cabe citar la Directiva 89/552/CEE. Más recientemente la Directiva 98/43/CE ha constituido un intento de abordar una regulación homogénea en materia de restricciones a la publicidad y patrocinio de los productos del tabaco; iniciativa fallida por cuanto fue anulada por sentencia del Tribunal de Justicia Europeo de 5 de octubre de 2000, si bien ha dado lugar a una nueva Directiva en preparación en esta materia, mediante la que se incorporan las consideraciones y matices realizados en la citada sentencia.

Por lo que respecta a la Comunidad Foral de Navarra, la presente norma se dicta en ejercicio de las competencias atribuidas a la Comunidad Foral de Navarra en los artículos 44.18 y 25, 53.1 y 56.1.d) de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra.

Todos estos títulos competenciales, a excepción del enunciado en el apartado d), comprenden la potestad legislativa.

III

Mediante Orden Foral 259/1999, de 11 de octubre, el Consejero de Salud creó el Comité de Expertos para la elaboración de un Plan Foral de Tabaco compuesto por un equipo multidisciplinar de profesionales procedente de diferentes ámbitos, y le encomendó como tarea principal la elaboración de un Plan Foral de Tabaco a desarrollar en el ámbito de Navarra que contemple la totalidad de las intervenciones que sea factible realizar desde los distintos poderes públicos con el concurso de todos los agentes de la Comunidad.

Dando cumplimento al encargo, se confecciono y aprobó de común acuerdo entre todos los componentes del Comité un Plan Foral de Acción sobre el Tabaco, que fue elevado al Gobierno de Navarra con fecha 15 de mayo de 2000 para su aprobación inicial, al objeto de abrir un plazo para el que el Departamento de Salud realizara una difusión del mismo entre los diferentes Departamentos de la Administración de la Comunidad Foral así como entre las instituciones y entidades de la Comunidad afectadas por el mismo, al objeto de realizar la aportaciones y sugerencias que estimaran oportunas. Realizada la misma y estudiadas las alegaciones presentadas se confeccionó un nuevo Plan que fue aprobado por el Gobierno de Navarra con fecha 18 de septiembre del mismo año, quien determinó su remisión al Parlamento de Navarra para su aprobación.

Visto el Plan en la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra en sesión celebrada el día 27 de abril del 2001 se aprobó el Plan con la incorporación de unas pocas propuestas que han quedado finalmente incorporadas al mismo.

Con el fin de articular las previsiones del referido Plan e iniciar su ejecución mediante Decreto Foral 127/2001, de 28 de mayo, se establecieron los órganos de dirección y coordinación del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco, posibilitando la adopción de las medidas tendentes a la puesta en marcha del Plan.

El Plan Foral de Acción sobre el Tabaco contempla no sólo una aproximación al problema del tabaquismo y a la situación y respuestas en Navarra sino un plan de actuación para el periodo 2000-2005. Dicho Plan de actuación contempla además de aspectos generales tales como objetivos, principios de actuación, medidas estratégicas recursos, sistemas de información y evaluación y un cronograma del proceso de aprobación, la concreción de unos programas específicos, a saber el de prevención del inicio, el de ayuda a dejar de fumar y el de espacios sin humo, que constituyen los tres grandes ejes en torno a los que gira el Plan.

En definitiva, del mismo derivan medidas y actuaciones muy diversas para cometer en su conjunto una aproximación a un problema de salud con connotaciones muy variadas en aspectos socioculturales y ambientales, a través de los cuales no se trata de arremeter contra el fumador sino contra todos aquellos aspectos que contribuyen al aumento del numero de fumadores y a marcar pautas que permitan una convivencia basada en el respeto tanto al fumador como a los terceros no fumadores que se ven expuestos a las consecuencias del humo.

Todo ese conjunto de actuaciones tienen ejecuciones muy diversas pero se constata la necesidad de una Ley Foral que enmarque todo ese conjunto de actuaciones y que sirva de pauta para acometerlas de un modo coordinado por parte de todas las instancias implicadas y que sirvan de base consensuada para las actuaciones públicas al respecto.

IV

La presente Ley Foral se compone de un Título preliminar y tres Títulos diferenciados que llevan por título: I. Actuaciones de Prevención y Promoción, II. Actuaciones de Protección y III. Régimen Sancionador.

Dicha separación viene a diferenciar claramente por una parte el conjunto de actuaciones que se enmarcan en la denominación de actividades de promoción, de aquellas otras que se califican como de protección. Con arreglo a las definiciones doctrinales contenidas en el artículo 2 de la presente Ley Foral.

El Título Preliminar agrupa un conjunto de disposiciones generales tales como el objeto de la Ley Foral, los principios rectores y unas definiciones en torno a conceptos sobre los que gira toda la Ley Foral. Dentro de los principios rectores destaca la consideración del consumo de tabaco como un problema de salud y la prioridad de las intervenciones cuyo objetivo sea la prevención del consumo de tabaco o de los efectos que de él puedan derivarse y la búsqueda del consenso social para la adopción de las medidas protectoras, especialmente las relativas al consumo en espacio cerrados.

El título I dedicado a las actuaciones de prevención y promoción, esto es dedicado tanto al entramado dinámico de estrategias y actuaciones dirigidas a modificar los factores personales, sociales y culturales que pueden ser favorecedores del consumo de tabaco, como de medias informativas, de educación para la saludo, y de fomento e incentivación de actuaciones tendentes a la mejora de la salud. A lo largo de sus 4 capítulos, aborda unos

objetivos generales (Cap. I) en orden a la promoción, desarrollo, fomento, coordinación, control y evaluación de los programas y actuaciones, así como las actividades de promoción (Cap. II) esto es de información, promoción y educación para la salud e investigación, un Capítulo el III dedicado a la asistencia sanitaria, esto es a las acciones dirigidas al tratamiento de la dependencia del tabaco y un Capítulo IV en el que se abordan las competencias de las Administraciones Públicas, dando un especial papel a los Ayuntamientos en sus respectivos términos municipales y reservando competencias de planificación y de actuación más específicas para toda la Comunidad al Gobierno de Navarra y al Departamento de Salud, previendo en este apartado tanto la existencia de una estructura que acometa las distintas fases del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco, y previendo una financiación especifica para poder acometer todas la actuaciones contenidas en la Ley Foral.

El Título II se dedica a las actuaciones de protección, esto es al conjunto de normas y actuaciones limitadoras cuyo objeto es la defensa del derecho a la salud de las personas y la protección de la población ante la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco. Por su contenido tiene un Capítulo I dedicado a las limitaciones de la comunicación comercial y patrocinio del tabaco, un Capítulo II dedicado a su venta y un Capítulo III en el que se establece el régimen de protección del aire respirable de la contaminación del humo del tabaco.

Finalmente el Título III recoge el régimen Sancionador, estableciendo una tipificación de infracciones administrativas que podrán ser objeto de sanción previa instrucción del correspondiente expediente con arreglo al procedimiento que le sea aplicable.

Termina con un conjunto de disposiciones adicionales, transitorias, derogatorias y finales.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto de la Ley Foral.*

La presente Ley Foral tiene por objeto la adopción de medidas reguladoras de actuaciones dirigidas a establecer un adecuado nivel de protección de la salud frente a los riesgos derivados del consumo de tabaco, a la prevención del inicio de su consumo y a la promoción de hábitos saludables para la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía.

Artículo 2. *Definiciones.*

En el marco de la presente Ley Foral, se entiende por:

a) Prevención: Entramado dinámico de estrategias y actuaciones dirigidas a modificar los factores personales, sociales y culturales que pudieran ser favorecedores del consumo de tabaco.

b) Protección: Conjunto de normas y actuaciones para la eliminación o disminución de los riesgos para la salud de la ciudadanía derivados del consumo de tabaco, así como la protección ciudadana y la protección del aire respirable de la población ante los medios de promoción de dicho consumo.

c) Promoción: Conjunto de medidas de sensibilización social, de educación para la salud, movilización y reorientación de servicios y recursos para actuaciones comprometidas con el fomento de hábitos saludables para la mejora de la salud y la calidad de vida de la ciudadanía.

d) Tabaco: Todos los productos destinados a ser fumados, inhalados, chupados o masticados, siempre que estén constituidos, aunque sólo sean en parte, por tabaco.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Las actuaciones que desarrollen las Administraciones Públicas de Navarra en relación con el tabaco se ajustarán a los siguientes principios rectores:

a) Proteger la calidad del aire respirable libre de contaminantes del humo del tabaco.

b) La consideración del consumo de tabaco como un riesgo para la salud individual y colectiva.

c) La promoción de hábitos saludables.

d) La prioridad de las intervenciones cuyo objetivo sea la prevención del consumo de tabaco o de los efectos que de él puedan derivarse.

e) La integración de las actuaciones en relación al tabaco en los sistemas educativo, sanitario y social de la Comunidad Foral.

f) Búsqueda del consenso social para la adopción de las medidas protectoras para satisfacer el derecho de los no fumadores al disfrute de un aire libre de humo de tabaco, en especial los menores de edad y personas enfermas en relación al consumo en espacios cerrados.

g) Considerar el consumo de tabaco como un derecho del ciudadano que se ejercita en el ámbito privado.

TÍTULO I

Actuaciones de prevención y promoción

CAPÍTULO I

Objetivos generales

Artículo 4. *Objetivos generales.*

Las Administraciones públicas de Navarra dirigirán las actuaciones de promoción, desarrollo, fomento, coordinación y control de los programas que desarrollen en el ejercicio de sus respectivas competencias a:

a) Informar a la población sobre las sustancias adictivas y nocivas que contienen los productos del tabaco, sus efectos y los riesgos y consecuencias para la salud derivadas del uso de las mismas.

b) Educar para la salud, potenciando hábitos saludables frente a las actitudes favorecedoras del consumo de tabaco.

c) Intervenir sobre las condiciones socioculturales y ambientales que inciden en el consumo de tabaco.

CAPÍTULO II

Objetivos específicos

Artículo 5. *Información.*

El Gobierno de Navarra realizará las siguientes actuaciones de carácter informativo para la prevención del consumo de tabaco:

a) Promoverá el desarrollo de campañas informativas sobre los efectos del consumo de tabaco, con el objetivo de modificar actitudes y hábitos relacionados con el mismo, y facilitará el acceso de la población a la información sobre los recursos de intervención existentes.

b) Mantendrá los sistemas apropiados de información y de vigilancia epidemiológica para la detección de tendencias, hábitos, circunstancias en las que se producen y consecuencias del tabaco, a fin de facilitar una adecuada planificación de la prevención.

c) Facilitará información actualizada a los usuarios y profesionales de las áreas sanitaria, educativa y laboral, así como de los sectores comerciales, sobre los efectos del tabaco.

Artículo 6. *Promoción y educación para la salud.*

El Gobierno de Navarra realizará las siguientes actuaciones en materia de educación para la salud y prevención del consumo de tabaco:

1. Impulsará, en colaboración con los organismos competentes la prevención del consumo de tabaco en el marco de la educación y promoción de la salud en los centros escolares.

A tal efecto el Departamento de Educación del Gobierno de Navarra podrá incorporar al currículo escolar en la Educación Obligatoria y Posobligatoria la asignatura de educación para la salud que incluya diferentes materias ligadas a la salud biopsicosocial.

Los contenidos y programas se establecerán conjuntamente con el Departamento de Salud a través del Convenio correspondiente.

2. Colaborará con las entidades locales para la elaboración de planes municipales de prevención del consumo de tabaco, desde la perspectiva de la promoción de la salud.

3. Impulsará las iniciativas de otras entidades o colectivos sociales en materia de educación para la salud y prevención del consumo de tabaco.

4. Impulsará, en colaboración con los organismos competentes, la formación de los estudiantes de ciencias de la salud, magisterio, prevención de riesgos laborales y en general a todos los profesionales que trabajan con jóvenes, en temas de prevención y el tratamiento del consumo de tabaco.

Artículo 7. *Investigación.*

El Gobierno de Navarra promoverá la realización de los estudios y proyectos de investigación que considere necesarios sobre el fenómeno de la dependencia tabáquica.

El Gobierno de Navarra, a través del Instituto de Salud Pública de Navarra, llevará a cabo las investigaciones que estime oportunas sobre el contenido de los productos de tabaco vendidos en Navarra, especialmente por los componentes de nicotina y alquitrán y otras sustancias con potencial adictivo y, particularmente, sobre su incidencia en la población más joven.

CAPÍTULO III

Atención sanitaria

Artículo 8. *Objetivos generales.*

Las acciones que se desarrollen en la Comunidad Foral de Navarra dirigidas al tratamiento de la dependencia del tabaco tendrán por finalidad garantizar la atención en los servicios sanitarios a las personas que soliciten ayuda para dejar de fumar.

Artículo 9. *Criterios de actuación.*

1. Los servicios que desarrollen programas de abandono del tabaco actuarán según los siguientes criterios:

a) La atención a los problemas de salud derivados del tabaco se realizará preferentemente en el ámbito comunitario, y con criterios de equidad en la distribución territorial de los programas.

b) La atención a través del Programa de Ayuda a Dejar de Fumar quedará garantizada en cualesquiera de los niveles de atención de la red sanitaria pública, y comprenderá el acceso a terapia farmacológica que haya mostrado su eficacia, en los términos en que se establezca reglamentariamente.

c) La oferta deberá ser accesible, profesionalizada e interdisciplinar, estará basada en intervenciones comportamentales y farmacológicas y prestará especial atención a los colectivos más vulnerables, en particular a la adolescencia.

d) Todas las estructuras sanitarias y el personal sanitario de todos los niveles de atención implicados en el Programa Ayuda a dejar de fumar, se adaptarán y formarán adecuadamente para poder alcanzar correctamente el objetivo de esta Ley Foral.

Artículo 10. *Organización de la atención.*

El desarrollo de programas de apoyo al abandono del tabaco se conformará por dos niveles de atención:

A. Primer nivel, formado por:

a) Equipos de atención primaria de salud.
b) Salud laboral y servicios de prevención de riesgos laborales.

B. Segundo nivel, formado por:

a) Centros de atención a la mujer.
b) Centros de salud mental.
c) Atención especializada y otros centros y servicios específicos en nuestra Comunidad.

Artículo 11. *Ámbito penitenciario.*

El Gobierno de Navarra, en colaboración con el organismo competente en materia de instituciones penitenciarias y los servicios sanitarios de los centros penitenciarios ubicados en la Comunidad Foral, podrá establecer la puesta en marcha de programas de apoyo para el abandono del hábito del tabaco.

Artículo 12. *Ámbito laboral.*

El Gobierno de Navarra promoverá la consideración del consumo de tabaco en la realización de las evaluaciones de riesgos en el puesto de trabajo y la vigilancia de la salud de los trabajadores.

CAPÍTULO IV

Competencias de las administraciones públicas

Artículo 13. *Competencias del Gobierno de Navarra.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de Navarra:

a) La planificación general y la evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de la presente Ley Foral.
b) La coordinación y ordenación de las funciones, actuaciones y servicios que en la materia que aborda la presente Ley Foral tengan que desarrollar las distintas Administraciones e instituciones públicas, privadas o de iniciativa social sin ánimo de lucro de la Comunidad Foral de Navarra.
c) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta Ley Foral.
d) La promoción de programas interdisciplinares de formación dirigidos al personal sanitario y educativo, así como a cualquier otro cuya actividad profesional se relacione directa o indirectamente con el consumo de tabaco. Para ello, además de sus propios recursos, contarán con el apoyo de otras Administraciones públicas y de las iniciativas sociales o asociaciones que articulen proyectos de formación.
e) La adopción, en colaboración con otras Administraciones públicas, de todas aquellas medidas que sean precisas para asegurar el buen desarrollo de esta Ley Foral.

Artículo 14. *Competencias de las entidades locales.*

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a las entidades locales de Navarra:

a) La dirección de aquellos programas propios relacionados con el consumo de tabaco que se desarrollen en su ámbito territorial y la coordinación con otros programas.
b) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta Ley Foral.
c) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.

Artículo 15. *Plan Foral de Acción sobre el Tabaco.*

El Gobierno de Navarra establecerá la organización y funcionamiento de los órganos de dirección y coordinación del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco, conforme a las previsiones del mismo y con sujeción a lo previsto en la presente Ley Foral y disposiciones dictadas para su desarrollo.

Artículo 16. *Financiación.*

El Gobierno de Navarra incluirá cada año en los presupuestos de la Comunidad Foral la dotación suficiente para el desarrollo de las acciones previstas en esta Ley Foral.

TÍTULO II

Actuaciones de protección

CAPÍTULO I

Limitaciones a la comunicación comercial y promoción del tabaco

Artículo 17. *Condiciones de la comunicación comercial, promoción y patrocinio del tabaco.*

1. Sin perjuicio de lo establecido en la legislación estatal en el ámbito de su competencia, queda prohibida en la Comunidad Foral de Navarra la promoción comercial, tanto directa como indirecta, de los productos del tabaco, a excepción de las presentaciones de estos productos en los puntos de venta autorizados.

La publicidad y cualquier otra forma de comunicación comercial a través de los medios de comunicación social de los productos del tabaco se someterá a la legislación estatal en la materia.

No podrán distribuirse ni venderse en Navarra publicaciones impresas y revistas que vayan dirigidas a la población juvenil o infantil y lleven insertada publicidad directa o indirecta del consumo de tabaco.

2. No podrá realizarse en la Comunidad Foral de Navarra patrocinio de actividades deportivas, culturales o de cualquier otro tipo por parte de personas físicas o jurídicas cuya actividad principal o conocida sea la fabricación o la venta de tabaco, si ello lleva implícita la aparición de dicho patrocinio o la difusión de marcas, símbolos o imágenes relacionados con el tabaco.

No podrá insertarse publicidad o cualquier otra forma de comunicación comercial en las marquesinas de los servicios de transporte público ni en las vallas de las vías públicas.

3. Las prohibiciones contenidas en este artículo se extienden a todo tipo de comunicación comercial, directa o indirecta, incluyendo la comunicación comercial de objetos o productos que, por su denominación, grafismo, modo de presentación o cualquier otra causa, pueda suponer una comunicación comercial encubierta de tabaco.

4. A efectos de lo previsto en la presente Ley Foral se entiende por:

Publicidad: Toda forma de comunicación realizada por una persona física o jurídica, pública o privada, en el ejercicio de una actividad comercial, artesanal o profesional, con el fin de promover de manera directa o indirecta cualquier producto del tabaco.

Puntos de venta de tabaco: Cualquier lugar en el que se venda productos del tabaco.

Patrocinio: Cualquier tipo de contribución, pública o privada, a un acontecimiento, a una actividad o a un individuo cuyo objetivo o efecto directo o indirecto sea la promoción de un producto del tabaco.

Artículo 18. *Promoción del consumo de tabaco.*

1. Quedan prohibidas en la Comunidad Foral de Navarra las actividades de promoción de tabaco en ferias, certámenes, exposiciones, muestras y actividades similares, con independencia del lugar donde se realicen.

2. En las visitas a centros de producción, elaboración y distribución de tabaco no podrán ofrecerse los productos a los menores de 18 años.

CAPÍTULO II

Limitaciones a la venta

Artículo 19. *Limitaciones a la venta.*

1. Queda prohibida en el territorio de la Comunidad Foral de Navarra la venta, suministro o dispensación, gratuita o no, por cualquier medio, de tabaco, sus productos, labores o imitaciones a personas menores de 18 años.

En todos los establecimientos donde se venda o suministre tabaco o sus labores, deberá colocarse, de forma visible al público y en las inmediaciones de estos productos, carteles que adviertan de la prohibición establecida.

2. La venta de tabaco podrá realizarse de forma manual en los establecimientos autorizados al efecto o mediante el empleo de máquinas automáticas. Cuando la venta se efectúe a través de máquina automática, esta estará bajo la responsabilidad del titular del establecimiento y bajo su vigilancia o la de sus empleados. En la superficie frontal de estas máquinas, en lugar visible, se hará constar la prohibición que tienen los menores de 18 años de adquirir tabaco.

3. Se prohíbe la venta y suministro de tabaco en los siguientes lugares:

a) Los centros y dependencias de las Instituciones de Navarra y de las Administraciones Públicas ubicadas en Navarra, así como sus Organismos Autónomos.

b) Los centros sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales, y sus dependencias.

c) Los centros docentes.

d) Las instalaciones susceptibles de albergar prácticas deportivas, excepto en sus cafeterías o bares.

e) Los centros de atención o esparcimiento de menores.

f) La vía pública.

Artículo 20. *Máquinas expendedoras.*

El Gobierno de Navarra promoverá la adopción de medidas en orden a incentivar la progresiva introducción de sistemas tendentes a controlar la no accesibilidad de los menores a la compra de tabaco en las máquinas expendedoras.

CAPÍTULO III

Protección del aire respirable de la contaminación del humo del tabaco

Artículo 21. *Limitaciones al consumo.*

En cualquier espacio público o colectivo donde hayan de convivir fumadores y no fumadores, prevalece el derecho del no fumador a disponer de un aire respirable libre de contaminación por el humo del tabaco. El pleno derecho a fumar tiene carácter individual en el ámbito de la privacidad y queda regulado en el ámbito social debido al perjuicio que puede derivarse a terceros.

2. Está prohibido fumar en:

a) Los centros, servicios o establecimientos sanitarios y sociosanitarios.

b) Los centros de atención social destinados a menores de 18 años, a mayores y a personas con discapacidad.

c) Los espacios cerrados de esparcimiento y ocio para uso infantil y juvenil.

d) Los centros docentes no universitarios.

e) Los centros universitarios o de enseñanza dirigida a mayores de edad.

f) Los centros e instalaciones deportivas cerrados.

g) Las salas de uso público general destinadas a lectura, conferencias, exposiciones, museos o similares.

h) Las salas de teatro, cine y otros espectáculos públicos en locales cerrados.

i) Las oficinas y dependencias laborales de las Administraciones públicas, y todas las destinadas a la atención directa al público.

j) Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas.

k) Los lugares donde exista mayor riesgo para la salud del trabajador por combinar la nocividad del tabaco con el perjuicio ocasionado por el contaminante industrial.

l) Los espacios laborales cerrados compartidos por dos o más personas.

m) Los centros comerciales cerrados.

n) Las salas de espera en estaciones de autobuses, trenes o aeropuertos.

ñ) Cualquier medio de transporte público colectivo, urbano e interurbano, incluidos los vehículos de transporte escolar y todos los destinados total o parcialmente al transporte de menores de 18 años o de enfermos.

o) Los locales donde se elaboren, transformen, manipulen, preparen o vendan alimentos, excepto aquellos que estén destinados al consumo de los mismos, donde se diferenciarán las zonas destinadas a fumadores y no fumadores, en los términos que se establezcan reglamentariamente.

p) Los ascensores y otros recintos pequeños de escasa ventilación, destinados al uso de personas, tanto en instalaciones públicas como privadas.

q) Los lugares similares a los mencionados en este apartado que se determinen reglamentariamente.

3. En los centros contemplados en los apartados a), b), e), f), h), i), j), l), m), n) y o) se dispondrá de espacios expresamente habilitados para fumar, separados de los espacios destinados para los no fumadores. Estos espacios deben garantizar en los centros contemplados en los apartados a) y e) que existan dos zonas separadas e independientes, una destinada para los usuarios de los servicios y otra destinada para el personal del centro, servicio o establecimiento; de no poder garantizarse dicha separación, estará prohibido fumar en todo el centro.

4. Sin perjuicio de que transitoriamente se puedan adecuar delimitaciones provisionales, en los casos pre vistos en el apartado anterior, las zonas que se deseen habilitar para fumadores deberán reunir los siguientes requisitos:

a) Estar nítidamente separadas y contar con sistemas de ventilación adecuados.

b) No estar ubicadas en zonas de paso obligado para no fumadores o salas de espera.

c) Encontrarse su ubicación claramente señalizada.

En el caso de que no pudieran cumplirse los anteriores requisitos, se entenderá que todo el local deberá ser libre de humo.

5. No se entenderán comprendidos en los centros relacionados en el apartado 2 aquellas dependencias destinadas a la hostelería que se hallen ubicadas en los mismos, siempre y cuando en las mismas se cumplan los requisitos establecidos en el apartado 3. En otro caso se entenderán que deberán igualmente ser libres de humo.

6. En todos los establecimientos donde esté prohibido fumar existirán a disposición de los interesados hojas de reclamación.

Artículo 22. *Señalización.*

En todos los lugares, locales o zonas aludidas en el artículo anterior estará visible y convenientemente señalizada la prohibición de fumar.

Artículo 23. *Espacios sin humo de tabaco.*

Tiene la consideración de espacio sin humo de tabaco cualquier sala, recinto, centro o establecimiento público o privado, con concurrencia de personas, del que se haya eliminado la comunicación comercial, el consumo y la venta de productos de tabaco, permitiendo fumar únicamente en los lugares designados al efecto si los hubiere.

El titular de un centro o establecimiento abierto al público, cualquiera que sea su destino, podrá establecer prohibiciones para fumar en el mismo, previa señalización adecuada para conocimiento de los usuarios.

Artículo 24. *Centros o actividades sin humo de tabaco.*

1. El Departamento de Salud podrá declarar un centro, establecimiento o actividad como «centro/actividad sin humo de tabaco» cuando esté prohibida la comunicación comercial, venta y consumo de tabaco en la totalidad del espacio que ocupa.

Dicha declaración quedará acreditada al exterior en la forma en que reglamentariamente se determine.

2. El Departamento de Salud promoverá el establecimiento de incentivos para que los titulares o responsables de centros, servicios y establecimientos soliciten dicha declaración.

TÍTULO III

Régimen sancionador

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 25. *Órganos competentes.*

Son competentes para la imposición de las sanciones que, en su caso, procedan por las infracciones tipificadas en la presente Ley Foral las autoridades sanitarias con potestad sancionadora contempladas en la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.

Corresponde a la autoridad sanitaria prevista en la Ley Foral 10/1990, de Salud: Gobierno de Navarra, Consejero y Director General del Departamento de Salud y a los Alcaldes en sus respectivos ámbitos, la implantación y cumplimiento de la Ley Foral, así como la evaluación, control, inspecciones y, en su caso, sanción de las infracciones comprobadas.

La Administración de la Comunidad Foral podrá actuar en sustitución de los Ayuntamientos en los supuestos y con los requisitos previstos en la legislación de régimen local.

Artículo 26. *Sujetos responsables.*

Son sujetos responsables de la infracción las personas físicas o jurídicas que incurran en las acciones u omisiones tipificadas en esta Ley Foral.

Los titulares de entidades, establecimientos, empresas o servicios y las personas que estén bajo su dependencia, serán responsables solidarios cuando, por acción u omisión, permitan o toleren la comisión de dichas infracciones por parte de sus empleados o del público en general.

Artículo 27. *Inspecciones.*

1. Las inspecciones podrán ser realizadas por funcionarios de la Administración debidamente acreditados, que tendrán, en el ejercicio de sus funciones, el carácter de agentes de la autoridad.

2. Los titulares de las entidades, establecimientos, empresas o servicios, así como sus representantes, están obligados a permitir el acceso de los funcionarios que desarrollen las funciones de inspección, cuando ejerzan tales funciones, debidamente acreditados al efecto para efectuar las inspecciones, estando igualmente obligados a prestarles la colaboración necesaria para el desarrollo de las mismas.

3. El resultado de la inspección deberá consignarse en un acta.

4. En el ejercicio de sus funciones, los agentes de inspección podrán recabar el auxilio de la autoridad competente.

Artículo 28. *Procedimiento.*

Las infracciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud en relación al tabaco, serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente sancionador.

Artículo 29. *Prescripción de las infracciones y sanciones.*

1. Las infracciones a que se refiere la presente Ley Foral calificadas como leves prescribirán a los seis meses; las graves, al año, y las muy graves, a los dos años. El plazo de prescripción empezará a contar desde el día en que se haya cometido la infracción.

2. Asimismo, las sanciones calificadas como leves prescribirán a los seis meses; las graves, al año, y las muy graves, a los dos años. El plazo de prescripción de las sanciones empezará a contar desde el día siguiente a aquel en que adquiera firmeza la resolución imponiendo la sanción.

CAPÍTULO II

Infracciones

Artículo 30. *Infracciones.*

1. Constituyen infracciones administrativas en materia de prevención, promoción y protección de la salud en relación al tabaco, las acciones y omisiones tipificadas y sancionadas en la presente Ley Foral, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que puedan concurrir.

2. Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves.

2.1 Constituyen infracciones leves:

a) El incumplimiento por parte de los responsables de los centros o de la actividad, de la prohibición de fumar, contenida en el artículo 21.

b) El incumplimiento de las obligaciones de carácter formal o de señalización externa establecidas en la presente Ley Foral.

c) El retraso en el cumplimiento de las obligaciones de información, comunicación o comparecencia a requerimiento de la autoridad competente.

d) Cualquier otro incumplimiento de lo previsto en la presente Ley Foral que no se tipifique como infracción grave o muy grave.

2.2 Constituyen infracciones graves:

a) La reincidencia en la comisión de infracciones leves.

b) El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 17 y 18 sobre limitaciones a la comunicación comercial y promoción del tabaco, así como la contravención de lo dispuesto sobre venta y suministro de tabaco en el artículo 19.

c) La negativa a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección y el falseamiento de la información facilitada.

d) El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones que determina la presente Ley Foral si, de acuerdo con los criterios fijados en este artículo, debe calificarse como infracción grave y no ha sido calificada como muy grave.

2.3 Constituyen infracciones muy graves:

a) La reincidencia en la comisión de infracciones graves.

b) La coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión que se ejerza sobre las autoridades sanitarias o sus agentes en actividades de control e inspección.

c) Las infracciones que produzcan un grave perjuicio para la salud pública.

d) El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones que determina la presente Ley Foral si, de acuerdo con los criterios fijados en este artículo, debe calificarse como infracción muy grave, en especial si producen alteración o riesgo sanitario de trascendencia directa para la población.

CAPÍTULO III

Sanciones

Artículo 31. *Graduación.*

1. Las infracciones señaladas en la presente Ley Foral serán sancionadas aplicando una graduación mínima y máxima a cada tipo de infracción, en función de criterios de riesgo para la salud, grado de incidencia en la sociedad de la alteración producida, el perjuicio causado, número de personas afectadas, duración de los riesgos generados, cuantía del beneficio ilícitamente obtenido, grado de intencionalidad e incumplimiento de las advertencias previas, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley Foral 10/1990, de Salud y disposiciones concurrentes.

2. En los casos de especial gravedad, infracción continuada o trascendencia grave para la salud pública, el Gobierno de Navarra podrá acordar la suspensión temporal de la actividad o el cierre temporal de las entidades, establecimientos, empresas o servicios hasta un plazo máximo de cinco años.

3. En los casos determinados en el apartado anterior podrá acordarse la cancelación o suspensión de cualquier tipo de ayuda o subvención de carácter financiero que el particular o entidad infractora hubiera solicitado de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Disposición adicional primera.

El Gobierno de Navarra podrá actualizar anualmente mediante Decreto Foral las cuantías de las sanciones señaladas en esta Ley Foral, de conformidad con los índices de precios al consumo fijados por el órgano competente en materia de estadística.

Disposición adicional segunda.

Las empresas fabricantes de máquinas expendedoras de tabaco dispondrán de dos años, a partir de la aprobación de la presente Ley Foral, para la incorporación de dispositivos tecnológicos a las máquinas automáticas en funcionamiento que permitan controlar la accesibilidad de los compradores de productos de tabaco e impidan el acceso de los menores a esta vía automática.

Disposición transitoria primera.

Las limitaciones a la comunicación comercial y promoción del tabaco que afecten a la publicidad contratada con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley Foral no serán de aplicación hasta transcurridos seis meses desde la publicación de la presente Ley Foral.

Disposición transitoria segunda.

Las entidades, establecimientos, empresas y servicios dispondrán de un plazo de seis meses, contados desde la entrada en vigor de esta Ley Foral para adecuarse a sus prescripciones, a partir del cual serán plenamente aplicables.

Disposición transitoria tercera.

La prohibición contemplada en el artículo 21.2 letra l), no será exigible a las empresas afectadas, hasta transcurridos dos años desde la entrada en vigor de la presente Ley Foral, las cuales implantarán progresivamente lo establecido con entendimiento con los trabajadores.

Disposición derogatoria única.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la presente Ley Foral.

Disposición final primera.

Se autoriza al Gobierno de Navarra a dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta Ley Foral.

Disposición final segunda.

La presente Ley Foral entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial de Navarra».

§ 49

Ley Foral 10/2021, de 18 de junio, por la que se regula el derecho al cribado neonatal ampliado en Navarra

Comunidad Foral de Navarra
«BON» núm. 148, de 25 de junio de 2021
«BOE» núm. 164, de 10 de julio de 2021
Última modificación: sin modificaciones
Referencia: BOE-A-2021-11475

LA PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Hago saber que el Parlamento de Navarra ha aprobado la siguiente Ley Foral por la que se regula el derecho al cribado neonatal ampliado en Navarra.

PREÁMBULO

Los programas de cribado neonatal permiten diagnosticar hemopatías, inmunodeficiencias y enfermedades endocrino-metabólicas de forma precoz e instaurar precozmente el tratamiento en personas afectadas, posibilitando mejorar de forma significativa la calidad de vida de las niñas y niños que las padecen, que en muchas ocasiones gracias a estos programas alcanzan la plena normalidad. La implantación de estos programas es por ello una medida efectiva para reducir la incidencia de discapacidad física y psíquica y la mortalidad evitable en la población infantil, al conseguir modificar la evolución de diferentes enfermedades raras. Es por ello que muchos países y regiones de todo el mundo han ido implantando programas poblacionales de cribado neonatal que progresivamente incorporan la detección de un mayor número de patologías.

La prueba se realiza con una gota de sangre del talón del recién nacido a las cuarenta y ocho horas de vida, por lo que es conocida como «prueba del talón».

En nuestro país, el pleno del Consejo Interterritorial aprobó en 2013 la incorporación en la Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud el programa de cribado neonatal con la detección de siete patologías, incorporando la detección de la fibrosis quística, la deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media, la deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga, la acidemia glutárica tipo I y la anemia de células falciformes al programa de cribado implantado hace más de cuarenta años para la detección precoz del hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria.

Dicho acuerdo se plasmó en la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del 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 de actualización, concretando y actualizando la Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, entre otros temas, en lo relativo al cribado de estas enfermedades y estableciendo las siete enfermedades que como mínimo deben formar parte del programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-

metabólicas de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, que debía implantarse en todo el territorio nacional desde el 1 de noviembre de 2015.

La incorporación desde hace treinta años en los laboratorios de cribado de técnicas analíticas basadas en la espectrometría de masas en tándem ha condicionado gradualmente cambios significativos, al posibilitar con el análisis de una gota de sangre el cribado simultáneo de más de cuarenta enfermedades, el denominado cribado ampliado.

La RUSP *(Recommended Uniform Screening Panel) of Secretary of the Department of Health and Human Services* (HHS) ha definido recomendaciones para la inclusión de patologías en el cribado neonatal basadas en el nivel de evidencia científica, incluyendo en dichas recomendaciones el cribado de 35 enfermedades fundamentales y 26 secundarias.

La evidencia que se ha generado a favor del cribado ampliado ha conducido a que prácticamente todos los países de Europa Occidental hayan incluido en sus programas de cribado neonatal un número importante de enfermedades. Destacan fundamentalmente los Países Bajos y los países escandinavos.

Un paso más lo dio Italia en 2016, aprobando por ley la homogeneización y ampliación del programa de cribado neonatal a cuarenta enfermedades, regulándolo como un derecho de todos los niños y niñas nacidos en el país.

En España, a pesar de que la Cartera mínima establece únicamente un cribado para siete enfermedades, hay una amplia variabilidad en los programas de cribado neonatal por comunidades autónomas.

Todas las comunidades autónomas incluyen, por encima de la Cartera común, el cribado de la hiperfenilalaninemia, aunque no ha sido específicamente evaluada en informes de evaluación de tecnologías sanitarias o informes de coste-efectividad, en su cartera complementaria, ya que se puede detectar como hallazgo accidental al realizar el cribado de la fenilcetonuria, que está incluido en la Cartera común de cribado neonatal del Sistema Nacional de Salud.

Asturias, Canarias, Cantabria, Comunidad Valenciana y Baleares están cribando solo ocho enfermedades, a la cola del país, junto a Castilla y León y Navarra, que están cribando nueve patologías, aunque con fecha 15 de febrero de 2021 Navarra ha incorporado dos patologías más: la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce y la homocistinuria.

El resto de comunidades autónomas han ido incluyendo en sus carteras más patologías en las prestaciones de servicios de cribado neonatal, destacando como referentes comunidades como Murcia, Galicia, Andalucía, Aragón y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, con más de treinta patologías incluidas en el programa de detección precoz.

Urge, por ello, solucionar una situación que coloca a los niños y niñas de Navarra en una clara situación de inequidad respecto a los nacidos en otras regiones españolas. Implantar el cribado neonatal ampliado se estima que haría que se detectaran patologías que de otra forma pasan desapercibidas en aproximadamente doce recién nacidos al año.

Asimismo, la norma debe servir para situar a Navarra en el futuro a la vanguardia de las comunidades autónomas en la detección precoz de las distintas hemopatías, inmunodeficiencias y enfermedades endocrino-metabólicas que permitan prevenir otras situaciones de discapacidad y morbimortalidad infantil evitables, siempre basándose en la evidencia científica, pero con un sistema de actualización de dicha evidencia ágil, con una evaluación de resultados con datos de vida real y trabajo en red que contribuya a generar nueva evidencia y teniendo en cuenta, asimismo, en la definición de las prestaciones, implementación y evaluación de resultados, la perspectiva del paciente a través de las asociaciones de familias afectadas en Navarra.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 53 de la Ley Orgánica 13/1982, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, y de acuerdo con lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, modificada y completada en lo referente a los derechos de la ciudadanía navarra a los servicios sanitarios por la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud, Navarra tiene competencia para ampliar la asistencia sanitaria recogida en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 1. *Objeto.*

Es objeto de esta ley foral garantizar la prevención de la discapacidad y morbimortalidad infantil evitables a través de la detección y el tratamiento precoz de enfermedades metabólicas, endocrinas, hemopatías e inmunodeficiencias hereditarias mediante un programa poblacional de cribado neonatal ampliado.

Artículo 2. *Patologías incluidas en el programa poblacional de cribado neonatal ampliado.*

a) Las patologías actualmente incluidas a fecha de promulgación de esta ley: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media, deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga, acidemia glutárica tipo 1, anemia de células falciformes, déficit de biotinidasa, hiperfenilalaninemias, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce y homocistinuria.

b) Las siguientes patologías:

Tirosinemias tipo I, II y III.
Citrulinemias tipo I y II.
Acidemia propiónica.
Acidemia metilmalónica.
Déficit de cetotiolasa.
Déficit de proteína trifuncional mitocondrial.
Aciduria 3-hidroxi 3-metilglutárica.
Deficiencia de 3 metilcrotonil-CoA carboxilasa.
Aciduria 3-metilglutacónica.
Isobutiril glicinuria.
Deficiencia de carnitina palmitoil transferasa I.
Deficiencia de Acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga.
Deficiencia de Acil-CoA deshidrogenasa de cadena corta.
Deficiencia múltiple de acil-CoA deshidrogenasa.
Galactosemia GALT.
Galactosemia GALK.
Inmunodeficiencias combinadas.
Adrenoleucodistrofia asociada al cromosoma X.
Síndrome de Pompe.
Mucopolisacaridosis tipo 1.
Acidemia Isovalérica.

c) Aquellas que se procedan a incluir, a través de orden foral de la persona titular del Departamento de Salud, en cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el Comité de Expertos Multidisciplinar regulado en el artículo 5 de la presente ley foral.

Artículo 3. *Derecho a recibir el programa de cribado neonatal ampliado.*

El programa poblacional de cribado neonatal ampliado se garantizará como derecho a todos los niños y niñas nacidos en Navarra, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2, en el siguiente ejercicio presupuestario a la realización de las recomendaciones del Comité de Expertos Multidisciplinar.

Artículo 4. *Contenido del programa de cribado neonatal ampliado.*

El programa poblacional de cribado neonatal ampliado incluirá la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento posterior de las patologías detectadas.

En los supuestos en que de la realización de las pruebas de cribado neonatal ampliado reguladas en el artículo 2 en pacientes se obtenga un resultado positivo, se procederá a la realización del estudio de secuenciación genética y/o genómica para la posible detección de la mutación genética de la patología de base.

Artículo 5. *Comité de Expertos Multidisciplinar.*

1. Mediante decreto foral se procederá a la creación y determinación de la composición del Comité de Expertos Multidisciplinar de Cribado Neonatal Ampliado, el cual estará integrado por un mínimo de seis y un máximo de nueve miembros.

Las personas expertas que sean propuestas para ser designadas como miembros del Comité de Expertos Multidisciplinar deberán formar parte del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, de los servicios de Pediatría, Genética, Medicina Interna, Endocrino-Nutrición e Inmunología del Complejo Hospitalario de Navarra y hasta un máximo de dos representantes de las asociaciones de pacientes relacionadas con dichas patologías, siempre que así lo aprueben los miembros de dicho comité.

2. Dicho comité se reunirá y valorará la evidencia científica para emitir sus recomendaciones de inclusión de patologías en el programa poblacional de cribado neonatal ampliado, que serán vinculantes, al menos dos veces anuales, en el primer y tercer trimestre de cada año.

3. Las recomendaciones del comité se adoptarán por mayoría de sus miembros y se remitirán a la persona titular del Departamento de Salud para su incorporación a una orden foral de ampliación del programa poblacional de cribado neonatal ampliado.

Para lo no establecido en esta ley foral, el funcionamiento del Comité de Expertos Multidisciplinar se regulará por lo dispuesto para los órganos colegiados en la Ley Foral 11/2019, de 11 de marzo, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y del sector público institucional foral.

Artículo 6. *Unidad de Enfermedades Raras-metabolopatías.*

Mediante decreto foral se procederá a la creación de la Unidad de Enfermedades Raras del Complejo Hospitalario de Navarra, compuesta por los Servicios de Genética, Pediatría y Medicina Interna, Endocrino-Nutrición e inmunología del Complejo Hospitalario de Navarra.

La Unidad de Enfermedades Raras tendrá como función principal la asistencia a pacientes en edad pediátrica. En todo caso, los pacientes tratados en dichos servicios deberán ser valorados en la edad adulta mediante una consulta de transición minoritaria por el servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra.

Disposición adicional primera. *Sistema de información de datos.*

El Gobierno de Navarra establecerá un sistema de información de datos, que permita su anonimización, para la evaluación e investigación de los resultados poblacionales y de la efectividad del programa con datos de vida real comparables y que puedan compartirse con otros sistemas regionales e internacionales de salud.

Disposición adicional segunda. *Evaluación del programa de cribado neonatal ampliado.*

El Gobierno de Navarra realizará una evaluación, al menos anual, del programa, que se presentará al Parlamento de Navarra en el mes de enero de cada año y se publicará en la memoria anual del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, con acceso a toda la ciudadanía.

Disposición transitoria primera. *Plazos para la inclusión de patologías en el programa poblacional de cribado neonatal ampliado.*

No obstante, lo dispuesto en el artículo 3, como muy tarde en enero de 2022 se incluirán en el programa poblacional de cribado neonatal ampliado en Navarra las patologías señaladas en el artículo 2.2.a).

Disposición transitoria segunda. *Puesta en marcha del Comité de Expertos Multidisciplinar.*

En el plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de esta ley foral se constituirá el Comité de Expertos Multidisciplinar regulado en el artículo 5.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas las disposiciones legales o reglamentarias que se opongan a lo establecido en esta ley foral.

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario.*

Se faculta al Gobierno de Navarra para el desarrollo reglamentario de lo dispuesto en esta ley foral.

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 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: 25 de noviembre de 2025
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.

Téngase en cuenta que se suspende la vigencia y aplicación de esta disposición, en la redacción dada por la disposición final 4.1 de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, desde el 30 de septiembre de 2025 para las partes del proceso, y desde el 25 de noviembre de 2025 para los terceros, por providencia del TC de 18 de noviembre de 2025, que admite a trámite el recurso de inconstitucionalidad nº 6811-2025. Ref. BOE-A-2025-23826

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 adicional novena.

Quienes fueran nombrados altos cargos en el departamento competente en materia de sanidad, y por cualquier vínculo estuvieran percibiendo sus retribuciones con cargo a ese Departamento, bien sea en el Servicio Canario de la Salud como en la Consejería, no percibirán retribuciones inferiores a las que vinieran percibiendo en el puesto que desempeñaban 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 o para los altos cargos, según proceda.

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.

§ 51

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».

§ 52

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.

§ 53

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».

§ 54

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.

§ 55

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

§ 56

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.