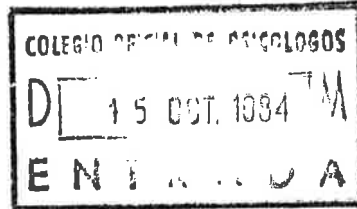


PARTIDO COMUNISTA DE ESPAÑA

Comité Central

Area de Política Cultural y Sectorial

Comisión de Salud



Madrid, 11 de octubre de 1984

Estimados compañeros:

Para vuestro conocimiento y esperando abrir una toma de contacto que posibilite un intercambio de información más frecuente y mutuamente provechoso, os remito parte de los documentos que ha elaborado la Comisión de Salud del Comité Central:

- Copia de la carta enviada al Ministro de Sanidad y Consumo.
- Valoración de la Comisión de Salud del Comité Central del PCE ante el anteproyecto de Ley General de Sanidad y programa de actividades de la Comisión.
- Copia del Anteproyecto de Ley filtrado por "Noticias Médicas".

A la espera de vuestras noticias, un cordial saludo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Miguel Costa". The signature is stylized and somewhat cursive.

Miguel Costa

PARTIDO COMUNISTA DE ESPAÑA

Comité Central

Area de Política Cultural y Sectorial

Comisión de Salud

Madrid, 25 de septiembre de 1984

Excmo. Sr. D.
ERNESTO LLUCH MARTIN
Ministro de Sanidad y Consumo

M A D R I D

Excmo. señor:


Estamos asistiendo con profunda preocupación a la sucesión de contactos negociadores entre el Ministerio y representantes de las opciones más conservadoras existentes entre los profesionales de la salud.

Consecuencia de las mismas está siendo un rosario de declaraciones públicas por parte, tanto del Ministerio, como de estos sectores, cuyo contenido, de ser cierto, indicaría la revisión en sentido regresivo de la posición inicial del Ministerio en relación a la futura Ley Orgánica de Sanidad. Si esto fuera así, significaría un auténtico revés para las posibilidades de implantar en España un Servicio Nacional de Salud público, integral, universal, gratuito y participativo, que termine con la burocracia y la ineficacia del sistema sanitario actual, que favorece el mantenimiento de privilegios, el desarrollo de redes paralelas y el despilfarro de los fondos públicos, sistema fuertemente contestado por la mayoría de la sociedad española.


Por el contrario, los comunistas y otros sectores progresistas venimos siendo marginados de la elaboración del anteproyecto de LBS, lo que puede estar propiciando esa revisión del mismo, a favor de los grupos más corporativos de los profesionales de la salud, así como de los servicios sanitarios privados y de la industria farmacéutica.

Por tanto, requerimos del Ministerio un ánimo de diálogo con las fuerzas políticas y sociales progresistas, y en concreto con el Partido Comunista de España, para hacer posible una Ley realmente progresiva, que consagre el sistema sanitario que exigen los intereses de la gran mayoría de nuestro pueblo.

A la espera de sus gratas noticias atentamente le saludan,


Julio Setián
Secretario del Area de
Política Cultural y Sectorial
del Comité Central del PCE

Pedro Marsset
Presidente de la Comisión de Salud
del Comité Central del PCE



LA COMISION DE SALUD DEL PCE ANTE EL ANTEPROYECTO DE
LEY GENERAL DE SANIDAD.

La Comisión de Salud del PCE ha analizado el día 6 de octubre el proceso de continuo deterioro que está sufriendo el anteproyecto de Ley General de Sanidad. Si bien la información que poseemos se basa en filtraciones aparecidas en la prensa profesional es indudable que los acuerdos a los que se está llegando con la OMC, la CEDE y los sindicatos médicos constituyen un serio motivo de preocupación para todas las fuerzas que defendemos la creación del Servicio Nacional de Salud. Como señalábamos en nota de prensa el 1 de octubre 1984, "Si este anteproyecto es el definitivo nos parece un grave y profundo retroceso, vaciando de contenido a la Ley General de Sanidad y perseverando en un continuismo que sólo beneficia a los sectores más conservadores de la profesión sanitaria y de los intereses privados."

Nuestra postura ante los últimos anteproyectos filtrados no puede ser otra que la de oposición rotunda a los mismos por las siguientes razones:

1° Se suprime la creación del Servicio Nacional de Salud. Se habla ahora del Sistema Nacional de Salud. Ello no es un cambio simplemente semántico, sino que implica que se renuncia a la creación de un Servicio único, integrado e integrador por una coordinación de distintos servicios en un sistema.

El PCE sigue insistiendo en las características básicas de un SNS: público, universal, gratuito, participativo, eficaz, suficiente, que sitúe la promoción de la salud y la atención primaria como ejes de la actuación sanitaria.

2° Se pone en igualdad de condiciones la medicina privada con la pública. También aquí la desaparición del término "subsidiaria" aplicado en el primer borrador a la medicina pri-

vada no es inocente. Si no se modifica la actual redacción seguirá costeándose el negocio de la salud/enfermedad con dinero público, y se agravarán las desigualdades en atención a la salud con grave perjuicio de las clases trabajadoras.

3° El protagonista de la actuación sanitaria vuelve a ser "el médico" en detrimento del equipo interdisciplinar.

4° Todo lo relativo a la salud laboral, parte que debería ser fundamental en la atención sanitaria (recordemos el incremento del 80% de mortalidad en accidentes laborales en Madrid), queda redactado en condicional, sin haber ningún compromiso.

5° Se elimina el carácter docente de todas las instituciones públicas, quedando como en la actualidad pendiente de convenios.

6° No se mejora el texto en ninguno de los aspectos que nosotros analizábamos al examinar el primer borrador. En este sentido nos sigue preocupando especialmente el tema de la falta de participación de los usuarios y de los trabajadores, acorde con la política general seguida por el Gobierno de democracia delegada y no participativa.

Todo este retroceso está indudablemente motivado por no haber existido el debate social que el Ministerio prometió en su día. Como ejemplo de ello diremos que no se ha permitido que el texto fuera discutido por el Consejo General del Insalud.

Actividades de la Comisión de Salud.

Para el próximo trimestre fijamos los objetivos a cubrir por la Comisión de Salud y las organizaciones sanitarias del Partido en los siguientes campos:

1. Ley General de Sanidad: propiciando la movilización, la denuncia y las alternativas, tanto por el retraso en su

presentación al Consejo de Ministros, como por el contenido de la propia Ley General de Sanidad. En concreto proponemos la presentación de una enmienda a la totalidad con texto alternativo de la Ley General de Sanidad, para lo cual debe crearse una comisión que vaya realizando dicho texto.

2. Presupuestos de 1985: actuando parlamentariamente, haciendo las modificaciones que consideremos oportunas para acercar el modelo público sanitario a los objetivos fijados en nuestro proyecto de Servicio Nacional de Salud y movilizándolo a los sectores sanitarios y no sanitarios en la crítica y en la lucha para modificar esos criterios presupuestarios.
3. Ley de Bases de Régimen Local: Al vaciar de contenido sanitario las competencias municipales y por tanto alejar la administración sanitaria de sus usuarios, de los ciudadanos, proponemos que cuando se debata la Ley de Bases de Régimen Local los ayuntamientos comunistas y los concejales comunistas en otros ayuntamientos, unidos al movimiento vecinal, iniciemos una campaña oponiéndonos a este articulado de la Ley y dando como alternativa la definida en las Jornadas de Política Sanitaria Municipal y en los demás documentos de la Comisión de Salud del PCE.
5. Creación de un movimiento por el Servicio Nacional de Salud, que englobe no solamente a los sanitarios sino también a los usuarios, entre ellos las asociaciones de vecinos, Asociación de Usuarios de la Seguridad Social, la Federación de Asociaciones por la sanidad pública,

los sindicatos, proponiendo actuaciones confluentes de cara a impedir los aspectos regresivos en la Ley General de Sanidad y propugnando una alternativa a dicha Ley General de Sanidad.

6. Y, por último, impulsar la participación en los órganos de representación dentro del sector sanitario, como son los consejos provinciales del Insalud, como son los organismos de participación de las instituciones cerradas y abiertas de la Seguridad Social, propulsando la creación de consejos de salud en los ayuntamientos.

EXCLUSIVA

Texto íntegro del anteproyecto

Ley General de Sanidad

Juan Francisco Polo y Enrique Jurado

El anteproyecto de Ley General de Sanidad está listo para entrar en Consejo de Ministros en las próximas semanas. Año y medio de trabajos en comisión, de negociaciones con los diversos interlocutores sociales, han dado el fruto de un texto que sirva de pilar básico para la prometida y esperada reforma sanitaria. NOTICIAS MEDICAS ha logrado en primicia el texto íntegro del anteproyecto de Ley General de Sanidad. La importancia del texto, que viene a cubrir un vacío legislativo y tiene

como misión la modernización del sistema sanitario español, ha obligado a un esfuerzo editorial de última hora para servir a nuestros lectores en nuestro permanente objetivo de información.

El anteproyecto de Ley General de Sanidad ha sufrido modificaciones importantes en relación a los distintos borradores elaborados en el Ministerio de Sanidad. La introducción de principios más liberalizadores (con la exclusión del carácter de subsidiaridad para la Sanidad privada contemplado en los borradores) y la posible utili-



Foto. Rafael Velasco
Ernest Lluch, Pedro Sabando y Pedro Pablo Mansilla, los inspiradores del anteproyecto.

zación de los centros sanitarios públicos para pacientes privados han logrado el acercamiento entre el proyecto socialista y diversos grupos

sociales de la derecha. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) ha valorado positivamente el texto, al recoger pro-

puestas de dicha organización. Tan sólo el Consejo General de Colegios Médicos sigue manteniendo una oposición frontal al anteproyecto. A la vez, la izquierda —incluido el propio PSOE y UGT— mantiene algunas discrepancias de última hora con el texto, considerado excesivamente «centrado». Si los cálculos previstos se cumplen, la Ley General de Sanidad podría ser aprobada en Consejo de Ministros a finales de octubre. A partir de ahí, el Parlamento, con la entrada en juego de los grupos políticos, tiene la última palabra. □

INDICE

PREAMBULO

TITULO PRELIMINAR

El derecho a la protección de la salud

CAPITULO UNICO

TITULO I

El sistema de salud

- CAPITULO PRIMERO: De los principios generales.
- CAPITULO SEGUNDO: De las atenciones básicas del Sistema de Salud.
- CAPITULO TERCERO: De la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva.
- CAPITULO CUARTO: De la salud mental.
- CAPITULO QUINTO: De la salud ocupacional.

TITULO II

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

- CAPITULO PRIMERO: De las competencias del Estado.
- CAPITULO SEGUNDO: De las competencias de las Comunidades Autónomas.
- CAPITULO TERCERO: De las competencias de las Corporaciones Locales.
- CAPITULO CUARTO: De la Alta Inspección.

TITULO III

Estructura del sistema sanitario público

- CAPITULO PRIMERO: De la organización general del sistema Sanitario Público.
- CAPITULO SEGUNDO: De los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
- CAPITULO TERCERO: De las Areas de Salud.
- CAPITULO CUARTO: De la planificación sanitaria.
- CAPITULO QUINTO: De la Financiación.
- CAPITULO SEXTO: Del Personal.

TITULO IV

De las actividades sanitarias privadas

- CAPITULO PRIMERO: Del ejercicio libre de las profesiones sanitarias.
- CAPITULO SEGUNDO: De las entidades sanitarias.

TITULO V

Los productos farmacéuticos

CAPITULO UNICO

TITULO VI

La docencia y la investigación

- CAPITULO PRIMERO: La docencia.
- CAPITULO SEGUNDO: La investigación.

- DISPOSICIONES ADICIONALES
- DISPOSICIONES TRANSITORIAS
- DISPOSICIONES DEROGATORIAS
- DISPOSICIONES FINALES

Preámbulo

De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad.

Es, en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad, han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido entre nosotros en una constante la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

Es conocido que el primer ensayo de poner al día las técnicas de intervención pública en los problemas de salud de la colectividad lo constituyó el proyecto de Código Sanitario de 1822, cuya aprobación frustraron en su momento las disputas acerca de la exactitud científica de los medios técnicos de actuación en que pretendía apoyarse. Con este fracaso, la consolidación de un órgano ejecutivo bien dotado y flexible, acomodado en cuanto a su organización a las nuevas técnicas de administración que tratan de abrirse camino en España en los primeros años de la pasada centuria, tiene que esperar hasta la aprobación de la Ley de 28 de noviembre de 1855, que consagra la Dirección General de Sanidad, creada muy pocos años antes. Esta Ley extenderá su vigencia durante una larguísima época, aunque no en razón a sus excelencias, sino a la imposibilidad de llegar a un acuerdo sobre un nuevo texto de Ley sanitaria, cuya formulación se ensaya con reiteración durante los últimos años del siglo pasado y primeros del presente, sin conseguir definitiva aprobación. Ante la imposibilidad de

sacar adelante una Ley nueva, la reforma siguiente se establece por Real Decreto, en concreto por el de 12 de enero de 1904, que aprueba la Instrucción General de Sanidad, norma que, a pesar de haberse mantenido vigente en parte hasta fechas muy próximas, apenas si alteró el dispositivo de la organización pública al servicio de la Sanidad. Es, pues, el esquema organizativo de 1855 (cambiando por épocas el nombre de la Dirección General de Sanidad por el de Inspección General de Sanidad) el que trasciende al siglo que lo vio nacer y se asienta en nuestro sistema con una firmeza sorprendente.

La Ley de 1944, aunque innovadora en algunos extremos, asumió la planta estructural recibida, que no altera, sino que perpetuará. El esquema organizativo es, en efecto, el mismo de 1855, basado en una Dirección General de Sanidad, recreada, como órgano supremo. La idea de contenido de las responsabilidades públicas en este sector es también el mismo decimonónico: a la Administración pública la cumple atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto, le compete desarrollar una acción de prevención, en suma. La función asistencial, el problema de la atención a los problemas de la salud individual, quedan al margen.

El estancamiento de la específica organización pública al servicio de la Sanidad no significará, sin embargo, una desatención de todos los problemas nuevos, sino la ruptura del carácter unitario de esa organización, que se fragmenta en diversos subsistemas que se ordenan separadamente, respondiendo a principios y finalidades propias, al margen de una dirección unitaria. En efecto, a las funciones preventivas tradicionales se sumarán otras nuevas, relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etcétera, que harán nacer estructuras públicas nuevas a su servicio. Las funciones asistenciales crecen y

se dispersan igualmente. Las tradicionales sólo se referían a la prevención o asistencia de algunas enfermedades de particular trascendencia social (la tuberculosis, enfermedades mentales, etcétera). Estas atenciones asistenciales tradicionales se asumen como responsabilidad propia por diferentes Administraciones públicas (Estado, Diputaciones) que funcionan sin ningún nexo de unión en la formulación de las respectivas políticas sanitarias. Ninguna de ellas se dirige, sin embargo, a la atención del individuo concreto, si la enfermedad que padece no es alguna de las singularizadas por su trascendencia. El dogma que perdura es el decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud. Cuando ese dogma quiebra a ojos vista en virtud del crecimiento de un sistema de previsión dirigido a los trabajadores, también ese sistema crea sus propias estructuras sanitarias que se establecen al margen de la organización general, y funcionan conforme a políticas e impulsos elaborados con separación.

Puede decirse sin hipérbolo que la necesidad de proceder a una reforma del sistema que supere el estado de cosas descrito, se ha visto claro por todos cuantos han tenido responsabilidades en el ramo de la Sanidad, desde el día siguiente a la aprobación de la Ley de Bases de 1944. Probaría este aserto una indagación sumaria de los archivos de la Administración donde pueden encontrarse sucesivos intentos de reforma que, sin embargo, no han visto otra luz que la de los despachos de los Ministerios.

Lo más que se ha puesto en pie, desde primeros de siglo, es un nuevo mito, en el que también han intentado apoyarse los referidos proyectos: la coordinación. Ante la imposibilidad o la falta de convicción en la necesidad de organizar un sistema sanitario que integrase tantas estructuras dispersas se ha asentado la idea de que, manteniendo separadas las diversas estructuras sanitarias públicas, la coordinación

podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema. El ensayo es ya viejo, se intenta implantar, primero, en el ámbito de las Administraciones locales con la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934. Luego, con carácter más general y también en el ámbito de los servicios centrales, con la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962 y mediante la creación de un extensísimo número de Comisiones interministeriales, que fluyen como un verdadero aluvión, planteando al final el problema de coordinar a los órganos coordinadores.

Aunque la creación, ya en tiempos muy recientes, de un Ministerio de Sanidad, ha podido mejorar algunos de los problemas recibidos, no es menos cierto que se ha mantenido una pluralidad de sistemas sanitarios, funcionando en paralelo, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo. Sólo el celo profesional de los sanitarios ha permitido mantener un nivel razonablemente eficiente de nuestra Sanidad, que, sin duda, podrá mejorarse y hacer más rentable y eficaz si se impulsa con firmeza el establecimiento de un nuevo sistema unitario adaptado a las nuevas necesidades.

II

A las necesidades de reforma a que se acaba de aludir, nunca cumplimentadas en profundidad, han venido a sumarse, para apoyar definitivamente la formulación del presente anteproyecto de Ley General de Sanidad, dos razones de máximo peso, por provenir de nuestra Constitución, para que la reforma del sistema no pueda ya demorarse. La primera es el reconocimiento, en el artículo 43 de nuestro texto normativo fundamental, del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo.

ley general de sanidad

La segunda, con mayor incidencia aún en el plano de lo organizativo, la institucionalización, a partir de las previsiones del título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales, han reconocido sus estatutos amplias competencias en materia de Sanidad.

El anteproyecto da respuesta al primer requerimiento constitucional aludido, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, si bien, por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones, sino que programa su aplicación paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes, cuyo incremento no va necesariamente ligado a las medidas de reforma de las que, en una primera fase, por la mayor racionalización que introduce en la Administración, puede esperarse lo contrario.

La incidencia de la instauración de las Comunidades Autónomas en nuestra organización sanitaria tiene una trascendencia de primer orden. Si no se acierta a poner a disposición de las mismas, a través de los procesos de transferencias de servicios, un dispositivo sanitario suficiente como para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones, las dificultades organizativas tradicionales pueden incrementarse en lugar de resolverse. En efecto, si las Comunidades Autónomas sólo recibirían algunos concretos servicios sanitarios y no bloques orgánicos completos, las transferencias de servicios pararían en la incorporación de una nueva Administración pública al ya complejo entramado de entes públicos con responsabilidades sobre el sector.

Este efecto es, sin embargo, además de un estímulo para anticipar la reforma, perfectamente evitable. El Esta-

do, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución, en el que el presente anteproyecto de Ley se apoya, cuenta con poderes suficientes para organizar el sistema sanitario conforme a criterios unitarios y para imponer que esos principios estructurales básicos se perpetúen y sirvan de fundamento a la organización de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas.

III

La directriz sobre la que pivota toda la reforma que el presente anteproyecto de Ley propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud. Al establecerlo se han tenido bien presentes todas las experiencias organizativas comparadas que han adoptado el mismo modelo; separándose en ellas para establecer las necesarias consecuencias derivadas de las peculiaridades de nuestra tradición administrativa y de nuestra organización política.

El eje del modelo que el anteproyecto adopta son las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la descentralización no queden empañados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, organizados conforme a pautas unitarias e inspirados en una misma idea de lo que deben ser las estructuras públicas al servicio de la salud. Esa idea constitutiva es la integración de servicios que define, entre otros, el artículo 39 del anteproyecto: «En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales infracomunitarias que estará gestionado, como se

indica en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.»

Es básica la generalización de este modelo organizativo y el Estado goza, para implantarlo, de las facultades que le concede el artículo 149.1.16 de la Constitución. La integración efectiva de los servicios sanitarios es básica no sólo porque sea un principio de reforma en cuya aplicación está en juego la efectividad del derecho a la salud que la Constitución reconoce a los ciudadanos, sino también porque sin la indicada uniformidad sería imposible asegurar una igualación de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones.

Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado. La constitución de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas es, sin embargo, paulatina. Se evitan en el anteproyecto saltos en el vacío, se procura la adopción progresiva de las estructuras y se acomoda, en fin, el ritmo de aplicación de sus previsiones a la marcha de los procesos de transferencias de servicios a las Comunidades Autónomas.

La concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales (precisamente en aquellas que la experiencia ha probado que la inmensa mayoría de las Corporaciones locales no están en condiciones de atender) no significa, sin embargo, la correlativa aceptación de una fuerte centralización de servicios en ese

nivel. Para evitarlo se articulan dos tipos de previsiones: la primera se refiere a la planta de los servicios sanitarios; la segunda, a los organismos encargados de su gestión.

En cuanto a lo primero, el anteproyecto establece que serán las Áreas de Salud las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas; áreas organizadas conforme a la indicada concepción integral de la Sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las áreas se distribuyen, de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.

En segundo lugar, sin perjuicio de que el anteproyecto disponga la organización de los Servicios de Salud bajo la exclusiva responsabilidad de las Comunidades Autónomas, ordenando incluso la integración en aquellos centros y establecimientos que antes venían siendo gestionados separadamente por las Corporaciones locales; el leve efecto centralizador que pudiera resultar de esta medida, se compensa otorgando a las Corporaciones locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Áreas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del área.

Debe añadirse, en fin, que la integración de servicios que el anteproyecto postula, al consumarse precisamente y de modo principal en el nivel administrativo constituido por las Comunidades Autónomas; puede producirse sin ninguna estridencia y superando dificultades que, sin duda, se opondrían al mismo esfuerzo si el efecto integrador se intentara cumplir en el seno de la Administración estatal. En efecto, muchos servicios con responsabilidades

sanitarias que operan de forma no integrada en la actualidad en el seno de la Administración estatal, han sido ya transferidos o habrán de serlo en el futuro a las Comunidades Autónomas. Se produce así una ocasión histórica inmejorable para superar las anteriores deficiencias organizativas, integrando todos los servicios en una organización única. El anteproyecto de Ley toma buena nota de esa oportunidad e impone los criterios organizativos básicos de que se ha hecho mención, evitando que las Comunidades Autónomas reproduzcan un modelo que ya se ha probado inconvenientemente, o que aun introduzca una mayor complejidad, o por vía de la especialidad, en el sistema recibido.

IV

La aplicación de la reforma que el anteproyecto establece tiene, por fuerza, que ser paulatina, armonizarse con la sucesiva asunción de responsabilidades por las Comunidades Autónomas y adecuarse a las disponibilidades presupuestarias en lo que concierne al otorgamiento gratuito de las prestaciones del sistema a todos los ciudadanos. Ello explica la extensión y el pormenor con que se han concebido las disposiciones transitorias.

Esa extensión no es menor en el caso de las disposiciones finales, aunque por una razón diferente. En efecto, en esas disposiciones se contienen diversos mandatos al Gobierno para que desarrolle las previsiones de la futura Ley General de Sanidad y autorizaciones al mismo para que refunda buena parte de la muy dispersa y abundante legislación sanitaria vigente. De esta manera, el nuevo sistema sanitario comenzará su andadura con una legislación renovada y puesta al día, donde deberán aparecer debidamente especificados los contenidos más relevantes de la regulación del sector salud.

TITULO PRELIMINAR

El derecho a la protección de la salud

Capítulo único

Artículo 1. 1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Ostentan el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria, todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

Art. 2. 1. Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación en todo el territorio del Estado.

2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en la medida de sus competencias estatutarias.

TITULO I

El sistema de salud

Capítulo I

DE LOS PRINCIPIOS GENERALES

Art. 3. 1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

2. Todas las personas tienen derecho a acceder a las

prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad. La política sanitaria general estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales:

Art. 4. Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este Título con una concepción integral y única del sistema sanitario, a cuyos efectos crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Art. 5. 1. Los poderes públicos promoverán el interés individual familiar y social por la salud, mediante la adecuada educación sanitaria de la población.

2. Los Servicios de Salud deberán quedar organizados de manera que sea posible articular una amplia participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución. La participación comunitaria se hará extensiva a la gestión y planificación de las instituciones sanitarias concretas.

3. A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las Organizaciones Empresariales y Sindicales más representativas.

Art. 6. El Sistema de Salud deberá estar orientado:

1. A la promoción de la salud.

2. A garantizar que todas las acciones sanitarias que se desarrollen vayan dirigidas a la prevención de la enfermedad y no sólo a la curación de la misma.

3. A garantizar la asistencia sanitaria de todas las formas de pérdida de la salud, incluida la atención a la salud mental.

4. A promover todas las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Art. 7. Los servicios sanitarios, así como los administrativos y económicos al servicio de la salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad y flexibilidad.

Art. 8. Se considera como actividad básica fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epide-

miológicos 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 vigilancia y acción epidemiológica así como de información sanitaria.

Art. 9. Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios sanitarios de sus derechos y obligaciones.

Art. 10. Todos los ciudadanos ostentarán los siguientes derechos con respecto al sistema sanitario:

1. Una atención sanitaria integral de sus problemas de salud acomodada a los recursos sanitarios disponibles.

2. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral e ideológico.

3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluido el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, con las excepciones que las leyes puedan establecer.

4. A que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. En todo caso, será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico. Cualquier actividad docente precisará la aceptación del enfermo.

5. Al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos y a que los establecimientos sanitarios correspondientes proporcionen unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.

6. A que las Instituciones Sanitarias le proporcionen:

— Una asistencia técnica correcta, con personal cualificado.

— Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

7. En caso de hospitalización, a que ésta incida lo menos posible en sus relaciones

ley general de sanidad

sociales y personales. Para ello el hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura y espacios para la convivencia y el entretenimiento del ocio.

8. A recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronóstico, que será facilitado en términos comprensibles. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas responsables.

9. A recibir cuanto información deseen sobre los aspectos de la estructura y actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personales.

10. A conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y, en general, para comunicarse con la administración de las Instituciones. Tienen derecho, asimismo, a recibir respuesta por escrito a sus cuestiones o reclamaciones.

11. A la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos:

— Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

— Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública o los intereses de la comunidad.

— Cuando exista imperativo legal.

— Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas responsables.

12. A que se le asigne un médico, cuyo nombre deberá conocer, y que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.

13. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 4, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en las condiciones que señala el punto 6 del apartado de Deberes.

14. A agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad.

15. A que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la Historia Clínica.

Art. 11. Serán obligaciones de los ciudadanos para con el Sistema Sanitario:

1. Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las Instituciones Sanitarias.

2. Tratar con consideración al personal de las Instituciones Sanitarias, los otros enfermos y sus acompañantes.

3. Deberá conocer información sobre las normas de funcionamiento de la Institución y los canales de comunicación para exponer quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas. Debe conocer el nombre de su médico.

4. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias.

5. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones farmacéuticas y sociales.

6. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento.

7. Utilizar las vías de reclamación y sugerencias, por escrito, en los plazos establecidos.

8. Exigir la satisfacción plena de sus derechos.

Art. 12. Además del derecho a la protección a la salud garantizado a todos los ciudadanos por la presente Ley, se podrán recabar en los establecimientos hospitalarios servicios complementarios o extraordinarios, que deberán ser satisfechos económicamente por los interesados al hospital. El mecanismo de ac-

ceso a este tipo de servicios complementarios no podrá significar privilegio alguno con respecto a las normas establecidas con carácter general para todos los ciudadanos.

Art. 13. 1. El usuario y sus familiares o, en su caso, sus allegados, tendrán derecho a recabar y recibir la información específica disponible en relación con las circunstancias referidas a su salud.

2. Los poderes públicos competentes adoptarán las medidas necesarias para garantizar la humanización de la asistencia y la información singularizada a los ciudadanos.

Art. 14. Los usuarios del Sistema Nacional de Salud podrán acceder a los establecimientos hospitalarios con la consideración de pacientes privados, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. La admisión de todos los pacientes ha de ser a través de la unidad de admisión del hospital, por lo que no existirá un sistema de acceso diferenciado según la condición del paciente.

2. Todos los pacientes del hospital tendrán el mismo trato en cuanto a listas de ingreso, espera y hospitalización.

3. La facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por la Administración del hospital, en base a los costes reales. En ningún caso estos emolumentos podrán revertir en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes.

Capítulo II

DE LAS ATENCIONES
BÁSICAS DEL SISTEMA DE
SALUD

Art. 15. El Sistema de Salud desarrollará las siguientes actuaciones básicas:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.

2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo,

además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.

3. La asistencia sanitaria especializada de los problemas de salud, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

4. La prestación de los productos terapéuticos precisos.

5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo.

6. La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica, la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.

7. La promoción y mejora de la salud ocupacional.

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

9. El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de utilización terapéutica diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan poner en riesgo la salud de las personas.

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

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

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

Art. 16. Los poderes públicos deberán proceder a la aplicación progresiva de la libre elección de médico en el contexto del Área de Salud,

que garantice la atención integral y continuada.

Capítulo III

DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN RELACIÓN CON LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

Art. 17. Las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, limitar o condicionar el ejercicio de los derechos individuales por razones sanitarias, siempre de acuerdo con lo dispuesto en la Ley.

Art. 18. Las autoridades sanitarias podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o vigilancia cuando se aprecie o sospeche razonablemente que la salud de la población puede quedar afectada por la situación sanitaria concreta de una persona o por las condiciones sanitarias en que se ejerce una actividad.

Art. 19. Para la consecución de los objetivos que se desarrollan en el presente Capítulo, la Administración Sanitaria arbitrará los registros y análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

Art. 20. 1. Las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud, serán sometidas a limitaciones de carácter administrativo.

2. Serán sancionables administrativamente las infracciones de lo establecido en la legislación sanitaria, de acuerdo con lo que las leyes establezcan y sin perjuicio de que los tribunales penales ejerzan, cuando corresponda, sus potestades sancionadoras exclusivas.

Art. 21. 1. La exigencia de autorizaciones sanitarias, así como la obligación de someter a registro por razones sanitarias a las empresas o productos, serán establecidas reglamentariamente en

base a lo dispuesto en la presente Ley.

2. Podrán establecerse, asimismo, prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes cuando supongan un riesgo o daño para la salud.

3. Cuando la actividad desarrollada por una empresa tenga una repercusión excepcional y negativa en la salud de los ciudadanos, el Consejo de Ministros o los órganos colegiados de gobierno de las Comunidades Autónomas podrán decretar la intervención sanitaria, que, en su caso, comprenderá la designación de un delegado permanente de la Administración.

Art. 22. 1. En caso de sospecha de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas que estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones, Intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.

2. La duración de las medidas a que se refiere el párrafo anterior no excederá de lo que exija la situación de riesgo inminente y extraordinario que las justificó.

Art. 23. Las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias, realizarán un control de la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud y para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma.

Art. 24. Todas las medidas previstas en el presente capítulo deben atender a los siguientes principios:

a) Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.

b) No se podrán ordenar medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida.

c) Las limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan.

d) Se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y de los bienes.

Art. 25. A efectos de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo epidemiológico.

Art. 26. 1. Los poderes públicos concederán carácter prioritario a la sanidad ambiental, que deberá tener la correspondiente consideración en los programas de salud.

2. Las autoridades sanitarias propondrán, aprobarán o participarán con otros Departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre:

- a) Calidad del aire.
- b) Las aguas.
- c) El suelo.
- d) Las distintas formas de energía.
- e) Sustancias tóxicas y peligrosas.
- f) La vivienda y el urbanismo.
- g) El medio escolar y deportivo.
- h) El medio laboral.
- i) Cualquier otro aspecto del medio ambiente relacionado con la salud.

3. En todo caso, en la elaboración de las disposiciones administrativas relativas a las materias anunciadas en el apartado anterior, será preceptivo el informe previo de las autoridades sanitarias. Dicho informe previo será asimismo preciso para la adopción por los organismos competentes de resoluciones que puedan tener incidencia directa en las condiciones sanitarias del medio ambiente; de acuerdo con lo que establezcan las disposiciones de desarrollo de la presente Ley.

Capítulo IV

DE LA SALUD MENTAL

Art. 27. A efectos de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, se deberán tener en cuenta los siguientes principios de actuación:

1. Se garantizará la equiparación del enfermo mental con las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales.

2. Se dará prioridad al desarrollo de servicios en el ámbito comunitario, potenciando el conjunto de recursos asistenciales que, al actuar de forma eficaz en el nivel primario, reduzcan al máximo posible la necesidad de internamiento.

3. Los servicios de atención psiquiátrica se integrarán con el resto de los servicios asistenciales, cubriendo en todo el dispositivo asistencial la necesaria atención de los problemas de carácter psicosocial que acompañan la pérdida de salud. Dicha integración se llevará a cabo muy especialmente en los servicios de atención primaria y con los servicios sociales, y se deberá tener en cuenta en la formulación de los programas de salud comunitaria.

4. En todos los niveles de la estructura sanitaria deberán existir recursos suficientes para atender la problemática en salud mental.

Capítulo V

DE LA SALUD OCUPACIONAL

Art. 28. 1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud ocupacional comprenderá los siguientes aspectos:

- a) Promocionar la salud física y mental del trabajador.
- b) Prevenir los riesgos del medio ambiente laboral para la salud física y mental de los trabajadores.
- c) Prevenir la contaminación del medio ambiente extralaboral derivada de las actividades industriales, en colaboración con las empresas.

d) Vigilar eficazmente el ambiente laboral y la salud de

los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro del ambiente de trabajo que puedan afectar a la salud de los mismos.

e) Establecer un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes las sustancias utilizadas en el ciclo productivo.

f) Establecer la participación, información y formación de los trabajadores y empresarios, o sus representantes, en todo lo concerniente a la salud laboral.

2. Las acciones relacionadas con el párrafo anterior se desarrollarán desde los servicios de salud de los trabajadores organizados en los lugares de trabajo o próximos a éstos, y que estarán integrados en las Áreas de Salud a que alude el Capítulo III, Título III, de la presente Ley.

3. Se establecerá un sistema de información sanitaria y medio ambiental laboral que permita establecer una vigilancia epidemiológica de la salud de los trabajadores y un registro de mortalidad y morbilidad vinculadas al trabajo.

4. El personal que realice las tareas reseñadas en el apartado primero actuará bajo la dirección de las autoridades y coordinadamente con la autoridad laboral y los organismos competentes para el desarrollo adecuado de sus funciones. Si fuera necesario para las mismas, tendrá el poder de acceso a las instalaciones encuadradas en el territorio de su Área de Salud.

Art. 29. Los empresarios y los trabajadores, o sus representantes, deberían participar en las decisiones relacionadas con aspectos de organización y funcionamiento de la Salud Ocupacional a nivel nacional. Lo cual se haría desde un órgano consultivo para la salud de la Administración del Estado, donde estén presentes, entre otros, los Sindicatos y las Organizaciones Empresariales más representativas, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 131.2 de la Constitución española.

TITULO II

De las competencias estatales, autonómicas, locales y de la Alta Inspección

Capítulo primero

DE LAS COMPETENCIAS DEL ESTADO

Art. 30. 1. Es competencia exclusiva del Estado la Sanidad Exterior y las relaciones y Acuerdos Sanitarios Internacionales.

2. Son actividades de Sanidad Exterior las encaminadas a impedir que las personas, animales, plantas, productos, vehículos, aparatos o utensilios que circulan de un Estado a otro, puedan ocasionar perjuicios en la salud, seguridad o economía, de las personas, seres o cosas ya existentes en el país receptor, por lo que se deberá controlar que no sean portadores de gérmenes nocivos, y que su composición, construcción e identificación correspondan a las exigencias reglamentarias del país receptor o, en caso de no existir regulación adecuada en este país, a la existente en el país de procedencia.

3. El Ministerio de Sanidad y Consumo colaborará con otros Departamentos para el establecimiento de un programa de actuaciones inspectoras o de control en materia de Sanidad Exterior, teniendo en cuenta para su elaboración los convenios internacionales.

4. Las actividades y funciones de Sanidad Exterior se regularán por Real Decreto a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Art. 31. La Administración Sanitaria del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas,

desarrollará las siguientes actuaciones:

1. La determinación, con carácter general, de los métodos de análisis y medición y de los requisitos técnicos y condiciones mínimas en materia de control sanitario del medio ambiente.

2. La determinación de los requisitos sanitarios y reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, servicios y productos, directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.

3. El registro general sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran o importan, que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias.

4. La autorización mediante reglamentos y listas positivas de los aditivos, desnaturalizadores, material macromolecular para la fabricación de envases y embalajes, preparados alimenticios para regímenes especiales, detergentes y desinfectantes empleados en la industria alimentaria.

5. La autorización, registro, control e inspección, de acuerdo con lo establecido en las disposiciones vigentes y en los Tratados Internacionales ratificados por España, de drogas, productos estupefacientes, psicotrópicos o similares, especialidades farmacéuticas y sus materias primas y demás productos sujetos al registro farmacéutico, fitosanitario y zoonosanitario.

6. La determinación de los requisitos sanitarios y reglamentaciones técnico-sanitarias del material o instrumental médico terapéutico o sanitario, así como los laboratorios, centros o establecimientos que los produzcan, elaboren o importen.

7. La determinación con carácter general de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios, así como las condiciones mínimas de los establecimientos sanitarios.

8. La homologación y registro de centros o servicios de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos.

9. El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias.

10. La homologación de programas de formación, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario a efectos de los correspondientes diplomas y titulaciones para su validez en el ámbito del Estado.

11. La homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidad y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.

12. Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos, o espizootiológicos, así como la coordinación de los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, en los procesos o situaciones que supongan un riesgo para la salud de incidencia nacional.

13. El establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas, de interés general supracomunitario.

14. La coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público, cuando razones de interés general así lo aconsejen.

15. La elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.

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

17. Las demás competencias que expresamente resultan de la Constitución, y de lo establecido en esta Ley.

Capítulo segundo**DE LAS COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS**

Art. 32. 1. Las Comunidades Autónomas ejercen las competencias reconocidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o delegue.

2. Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan atribuido expresamente al Estado, se entenderán como responsabilidades de las Comunidades Autónomas.

Capítulo tercero**DE LAS COMPETENCIAS DE LAS CORPORACIONES LOCALES**

Art. 33. 1. Las normas de las Comunidades Autónomas al disponer sobre la organización de sus respectivos Servicios de Salud determinarán las responsabilidades y competencias de las Diputaciones, Ayuntamientos y demás Administraciones territoriales infrarregionales, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y la presente Ley.

2. Las Corporaciones Locales participarán en los Consejos del Área de Salud, conforme a lo establecido en el capítulo tercero del Título tercero.

No obstante lo establecido en el apartado primero, los Ayuntamientos tendrán las siguientes responsabilidades sanitarias mínimas:

a) Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.

b) Control sanitario de la distribución y utilización de productos químicos, tóxicos y peligrosos, especialmente de los fitosanitarios y zoonosanitarios.

c) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, radiaciones ionizantes, ruidos y vibraciones.

d) Protección de sanidad animal.

e) 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.

f) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos directa o indirectamente relacionados con el consumo o uso humanos, así como los medios de transporte.

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

5. El personal sanitario de las Áreas de Salud que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en el apartado tres tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidades personales y patrimoniales.

Capítulo cuarto**DE LA ALTA INSPECCION**

Art. 34. 1. El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes estatales.

2. Son actividades propias de la Alta Inspección:

a) Supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las Comunidades Autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado.

b) Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el fun-

cionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

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

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

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

f) Supervisar la adscripción a fines sanitarios de centros, servicios o establecimientos del Estado transferidos con dicha finalidad, sin perjuicio de las reordenaciones que puedan acordar las correspondientes Comunidades Autónomas y, en su caso, las demás Administraciones Públicas.

g) Verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sanitarios, así como en los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.

h) Asegurar que el ejercicio de las competencias en materia de sanidad se ajusta a criterios de participación democrática de todos los interesados, a tal efecto se estará a lo dispuesto en el artículo 5.2. de la presente Ley.

3. Las funciones de Alta Inspección se ejercerán por los órganos del Estado competentes en materia de Sanidad. Los funcionarios de la Administración del Estado que ejerzan la Alta Inspección gozarán de la consideración de autoridad pública a todos los efectos, y en sus actuaciones podrán recabar de las autoridades del Estado y de los órganos de la Comunidad Autónoma y demás Administraciones Públicas, la colaboración necesaria para el cumplimiento de las funcio-

nes que les estén legalmente encomendadas.

4. Cuando, como consecuencia del ejercicio de las funciones de Alta Inspección, se comprueben incumplimientos por parte de la Comunidad Autónoma, las autoridades sanitarias del Estado advertirán esta circunstancia a la misma, a través del Delegado del Gobierno.

5. Si una vez efectuada dicha advertencia, se comprobare que persiste la situación de incumplimiento, el Gobierno, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, requerirá formalmente al órgano competente de la Comunidad Autónoma para que adopte las medidas precisas.

6. Las decisiones que adopte la Administración del Estado en ejercicio de sus competencias de Alta Inspección se comunicarán siempre al máximo órgano responsable del Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.

7. En el caso de que la Comunidad Autónoma requerida persista en su situación de incumplimiento, el Gobierno utilizará las medidas previstas en la Constitución.

TITULO III**Estructura del sistema sanitario público****Capítulo I****DE LA ORGANIZACION GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO**

Art. 35. 1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la Salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.

2. El Sistema Nacional de Salud es la organización sanitaria pública constituida por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en los térmi-

nos establecidos en la presente Ley.

Art. 36. El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Art. 37. Son caracteres fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

— La extensión de sus servicios a toda la población.

— La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de curación y rehabilitación.

— La integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

— La financiación, a través de los presupuestos de las Administraciones Públicas.

Art. 38. 1. Se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que estará integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por los miembros de la Administración del Estado que el Gobierno designe mediante Real Decreto.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal y coordinará la política de adquisiciones y contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios.

3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ejercerá también las funciones en materia de planificación que esta Ley le atribuya y cualesquiera otras que le puedan ser confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios.

4. Será el Presidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el Ministro de Sanidad y Consumo.

5. A los efectos previstos en el artículo 5.2 de esta Ley, se crea un Comité vinculado con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Sa-

lud al que se refieren los epígrafes anteriores, integrado paritariamente por representantes de las Organizaciones Empresariales y Sindicales más representativas. Igualmente, formarán parte de dicho Comité aquellos representantes de las Administraciones Sanitarias que se determinen reglamentariamente de acuerdo con lo establecido en el artículo 131.2 de la CE.

Art. 39. 1. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos, celebrar convenios y elaborar los programas en común que se requieran para la mayor rentabilidad y eficacia de los Servicios Sanitarios.

2. Cada vez que se concluya un convenio, acuerdo o programa de cualquier tipo formulado en común, el Departamento de Sanidad expedirá certificación del mismo a efectos de su conversión en normas internas por los Gobiernos Autónomos.

Art. 40. Se constituye en la Administración del Estado un Organismo Autónomo con la denominación de Servicio Central de Salud. Tendrá a su cargo la dirección y gestión de los centros y establecimientos de titularidad estatal.

1. El Servicio Central de Salud se dotará de un órgano de apoyo científico-técnico.

2. La estructura, organización y funcionamiento del citado órgano de apoyo científico-técnico se regulará por Real Decreto, debiendo desarrollar sus funciones en las siguientes áreas:

a) Programación general de la docencia sanitaria y formación especializada del personal al servicio de la salud y gestión sanitaria, teniendo en cuenta las previsiones que aporten las Comunidades Autónomas.

b) Microbiología.

c) Alimentación y nutrición.

d) Farmacobiología.

e) Sanidad ambiental.

f) Epidemiología y sistemas de información.

g) Ciencias sociales y económicas aplicadas a la salud.

3. El órgano de apoyo científico-técnico podrá proponer al Ministerio de Sanidad y Consumo la designación como unidades de referencia nacional a aquellas que alcancen un nivel asistencial, docente o investigador determinados. El Ministerio de Sanidad y Consumo regulará los requisitos básicos para la designación de dichas unidades de referencia nacional, así como los beneficios que se deriven de dicha calificación.

Además de las funciones señaladas en el párrafo anterior, ejercerá aquellas que le sean expresamente atribuidas por las normas de desarrollo de la presente Ley.

Capítulo II

DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Art. 41. Las Comunidades Autónomas deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con la presente Ley.

Art. 42. 1. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales infracomunitarias, que estará gestionado como se indica en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

2. No obstante el carácter integrado del servicio, cada Administración Territorial podrá mantener la titularidad de los centros y establecimientos de las mismas a la entrada en vigor de la presente Ley, aunque, en todo caso, con adscripción funcional al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.

Art. 43. 1. Los Servicios de Salud que se creen en las Comunidades Autónomas se planificarán con criterios de racionalización de los recursos, de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio. La base de la plani-

ficación será la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas, con objeto de poner en práctica los principios generales y las atenciones básicas a la salud que se enuncian en esta Ley.

2. La ordenación territorial de los Servicios será competencia de las Comunidades Autónomas y se basará en la aplicación de un concepto integrado de la atención a la salud.

3. Las Administraciones territoriales infracomunitarias no podrán crear o establecer nuevos centros o servicios sanitarios sino de acuerdo con los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y previa autorización de la misma.

Art. 44. Las Comunidades Autónomas, en ejercicio de las competencias que les reconocen sus Estatutos, dispondrán acerca de los órganos de gestión y control de sus respectivos Servicios de Salud, sin perjuicio de lo que en esta Ley se establece.

Art. 45. 1. A efectos de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. A nivel de área la Comunidad Autónoma deberá constituir asimismo los Consejos de Área, que se describen en el Capítulo III del Título III de esta Ley.

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

Art. 46. Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud.

El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud.

Art. 47. Dentro del ámbito de sus competencias, la organización, funciones, régimen jurídico y asignación de medios personales y materiales de cada uno de los Servicios de Salud, se regulará por la correspondiente Comunidad Autónoma.

Capítulo III

DE LAS AREAS DE SALUD

Art. 48. 1. Las Comunidades Autónomas delimitarán en su territorio demarcaciones denominadas Areas de Salud, en las cuales se establecerán los medios sanitarios y se desarrollarán las acciones de competencias de aquellas que en esta Ley se señalan.

2. La formación y constitución de las Areas de Salud es competencia de las Comunidades Autónomas. No obstante, a los efectos de organizar un sistema sanitario coordinado e integral, deberán tener en cuenta los principios básicos que en esta Ley se establecen.

Art. 49. Las Areas de Salud, además de estructuras esenciales del sistema sanitario responsabilizadas de las prestaciones públicas, concentrarán también los servicios precisos para que pueda llevarse a término desde dichas demarcaciones la gestión administrativa de los mismos, que les permita desarrollar una actuación autónoma dentro de las directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma.

Art. 50. Las Areas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores territoriales, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales y climatológicos. Aunque pueden variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan.

Art. 51. El Area de Salud comprenderá necesariamente lo siguiente:

1. En el ámbito de la atención primaria de salud se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose la mayoría de las funciones de prevención, curación y rehabilitación a través tanto de sus unidades básicas como de sus equipos de apoyo específico de la atención primaria.

2. En el nivel de atención especializada, en el que se

integrarán hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, se realizará la atención a la salud de mayor complejidad y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

Art. 52. Las Areas de Salud contarán como mínimo con los siguientes órganos:

1.º Organos de participación: Los Consejos de Salud de Area.

2.º Organos de Dirección: Los Consejos de Dirección de Area.

3.º Organos de Gestión: Los Gerentes de Area.

Art. 53. 1. Los Consejos de Salud de Area serán órganos colegiados de participación para la consulta y el seguimiento de la gestión.

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

— La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50 por 100 de sus miembros.

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

— La Administración Sanitaria del Area de Salud.

3. Serán funciones del Consejo de Salud:

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

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

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

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

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

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

Art. 54. 1. Al Consejo de Dirección del Area de Salud

le corresponde formular las directrices en política de salud y controlar la gestión del Area, dentro de las normas y programas generales establecidos por la Administración Autónoma.

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

3. Serán funciones del Consejo de Dirección:

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

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

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

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

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

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

— La elaboración del reglamento del Consejo de Dirección y del Consejo de Salud del Area, dentro de las directrices generales que establezca la Comunidad Autónoma.

Art. 55. 1. El Gerente del Area de Salud será nombrado y cesado por el Consejo de Dirección del Area, a propuesta de la Administración Autónoma.

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

3. El Gerente del Area de Salud será el encargado de la ejecución de las directrices establecidas por el Consejo de Dirección, de las propias del Plan de Salud del Area y de las normas correspondientes a la Administración Autónoma y del Estado. Asimismo, presentará los anteproyectos del Plan de Salud y de sus adaptaciones anuales

y el proyecto de Memoria Anual del Area de Salud.

Art. 56. Los recursos humanos pertenecientes a los Servicios del Area, se considerarán adscritos a dicha unidad de gestión. La adscripción del personal sanitario a los Servicios del Area deberá hacerse de manera que sea posible la movilidad necesaria dentro de la misma, para garantizar el óptimo funcionamiento de los servicios. Asimismo deberá garantizarse la formación y perfeccionamiento continuados del personal sanitario adscrito al Area.

Art. 57. En cada Area de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínica sanitaria única por cada uno deberá mantenerse al menos dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a disposición de los facultativos que directamente estén implicados en el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizado el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar, así como el derecho y el deber al secreto profesional del médico. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos, sin perjuicio de las competencias que corresponden a la Organización Médica Colegial.

Art. 58. 1. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Areas de Salud se dividirán en zonas básicas de salud.

2. A efectos de la delimitación de las zonas básicas deberá tenerse en cuenta:

a) Las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios.

b) El grado de concentración o dispersión de la población.

c) Las características epidemiológicas de la zona.

Art. 59. La zona básica de salud es el marco territo-

rial de la Atención Primaria de Salud, donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria.

Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y en equipo todas las actividades encaminadas a la protección, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica, a cuyo efecto serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función.

Art. 60. El Centro de Salud tendrá las siguientes funciones:

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

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

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

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

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

Art. 61. 1. Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá al menos de un Hospital General, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud existentes.

2. El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

3. En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

Art. 62. 1. Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de hospitales del sector público.

2. A efectos de la capacidad asistencial se computarán la totalidad de los recur-

sos sanitarios existentes en las correspondientes áreas de influencias.

Art. 63. Para facilitar la óptima utilización de los hospitales se realizará cuando sea preciso la adecuada sectorización del Área de Salud. En ese contexto se reconoce la autonomía hospitalaria como base para la democratización de la vida hospitalaria.

Art. 64. Los Centros hospitalarios desarrollarán, además de tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud, con objeto de completar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.

Art. 65. Todos los hospitales deberán disponer de una unidad de análisis de calidad para evaluar la eficacia de la asistencia prestada.

Capítulo IV

DE LA PLANIFICACION SANITARIA

Art. 66. 1. El Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias en los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar en el período de un trienio.

2. El Estado deberá aprobar los objetivos y prioridades generales del Sistema Sanitario Público, para garantizar la aplicación efectiva del principio de solidaridad y la debida coherencia y coordinación del sistema.

3. Los criterios generales de planificación aprobados por el Estado se remitirán a las Comunidades Autónomas a efectos de que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus planes de salud y de sus presupuestos anuales. El Estado comunicará asimismo a las Comunidades Autónomas los avances y previsiones de su nuevo presupuesto que puedan utilizarse para la financiación de los planes de salud de aquéllas.

Art. 67. 1. El Estado y las Comunidades Autónomas

podrán establecer planes de salud conjuntos. Cuando estos planes conjuntos impliquen a todas las Comunidades Autónomas, se formularán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2. Los planes conjuntos, una vez formulados, se tramitarán por el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y por el órgano de las Comunidades Autónomas competente, a los efectos de obtener su aprobación por los órganos legislativos correspondientes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 de la Ley Orgánica para la Financiación de las Comunidades Autónomas.

Art. 68. Las Comunidades Autónomas podrán establecer planes en materias de su competencia en los que se prevea la contribución financiera del Estado para su ejecución, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 158.1 de la Constitución.

Art. 69. 1. La ejecución de los planes a los que se refieren los artículos anteriores se llevará a cabo por los órganos del Estado o de las Comunidades Autónomas en el orden de sus respectivas competencias.

2. Como desarrollo a lo establecido en los planes o en el ejercicio de sus competencias ordinarias, el Estado y las Comunidades Autónomas podrán elaborar programas sanitarios y proyectar acciones sobre los diferentes sectores o problemas de interés para la salud.

Art. 70. 1. El Plan Integrado de Salud recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. Asimismo, relacionará las asignaturas a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación.

2. El Plan Integrado de Salud tendrá un plazo de vigencia trienal.

Art. 71. 1. El Departamento de Sanidad de la Administración del Estado comprobará la adecuación de los proyectos de planes propios de las Comunidades Autónomas a los objetos y priorida-

des generales establecidos por el Estado y, en su caso, advertirá a las Comunidades Autónomas de las desviaciones que observe.

2. A efectos de la confección del Plan Integrado de Salud, las Comunidades Autónomas remitirán los proyectos de planes aprobados por los organismos competentes de las mismas, de acuerdo con lo establecido en los artículos anteriores.

3. Formuladas las observaciones a que se refiere el párrafo 1 del presente artículo y aprobadas por los Organismos competentes, el Departamento de Sanidad confeccionará el Plan Integrado de Salud, que contendrá las especificaciones referidas en el artículo 66 de la presente Ley.

Art. 72. 1. El Plan Integrado de Salud se entenderá definitivamente formulado una vez que tenga conocimiento del mismo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que podrá hacer las observaciones y recomendaciones que estime pertinentes.

2. La incorporación de los diferentes planes de salud estatales y autonómicos al Plan Integrado de Salud implica la obligación correlativa de incluir en los presupuestos de los años sucesivos las previsiones necesarias para su financiación, sin perjuicio de las adaptaciones que requiera la coyuntura presupuestaria.

3. La incorporación de los planes de salud de las Comunidades Autónomas al Plan Integrado de Salud será condición indispensable para que puedan recibir asignaciones del Fondo de Compensación Interterritorial con destino a proyectos sanitarios.

Art. 73. 1. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán hacer los ajustes y adaptaciones que vengan exigidos por la valoración de circunstancias o por las distorsiones observadas en la ejecución de sus respectivos planes.

2. Las modificaciones referidas serán notificadas al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado para su remisión al Consejo

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3. Anualmente las Comunidades Autónomas informarán al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado del grado de ejecución de sus respectivos planes. Dicho Departamento remitirá la citada información, junto con la referida del grado de ejecución de los planes estatales, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Capítulo V

DE LA FINANCIACION

Art. 74. La financiación del sistema sanitario público se llevará a cabo mediante aportaciones de los Presupuestos Generales del Estado, de las Comunidades Autónomas, de las Diputaciones, Ayuntamientos y otros Entes territoriales competentes en materia de Sanidad.

Art. 75. El Presupuesto del Estado consignará las partidas precisas para atender las necesidades de todos los organismos e instituciones dependientes del Estado y para el desarrollo de sus competencias.

Art. 76. Las Comunidades Autónomas integrarán en un presupuesto único todas las previsiones sobre financiación de sus respectivos servicios de salud, cualquiera que sea la procedencia de los fondos correspondientes.

Art. 77. Las Corporaciones Locales contribuirán a la financiación del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma con un porcentaje de su presupuesto que se fijará de acuerdo con la metodología que apruebe la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta el volumen de importancia de las responsabilidades asumidas por aquélla, que antes de la entrada en vigor de la presente Ley pertenecían a las Corporaciones Locales.

Las Corporaciones Locales deberán establecer, además, en sus presupuestos las consignaciones precisas para atender las responsabilidades sanitarias que la Ley les atribuye.

Art. 78. Los ingresos pro-

cedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud de las Comunidades Autónomas.

Capítulo VI

DEL PERSONAL

Art. 79. 1. El personal de la Seguridad Social regulado en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, así como el de los Cuerpos y Escalas Sanitarias y de Asesores Médicos, que pase a prestar sus servicios en el Servicio Central de Salud y en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, conservará todos los derechos a que hubiere lugar por su actual relación de empleo. El personal que se incorpore al Servicio Central de Salud o al Servicio de Salud de las Comunidades Autónomas con posterioridad a la publicación de la presente Ley, tendrá una relación de empleo de naturaleza laboral.

2. El personal a que se refiere el apartado anterior se regirá por lo establecido en un Estatuto-Marco que aprobará el Gobierno en desarrollo de las previsiones de esta Ley.

3. El Estatuto-Marco se ajustará a los principios del Estatuto de los Trabajadores y contendrá la normativa básica aplicable en materia de selección, provisión de puestos de trabajo, situaciones, deberes, derechos, incompatibilidades, régimen disciplinario y sistema retributivo, así como el estatuto o régimen singular de cada grupo o colectivo profesional de acuerdo con su titulación.

4. Las normas de las Comunidades Autónomas en materia de personal se ajustarán a lo previsto en el Estatuto-Marco. La selección de

personal y su gestión y administración se hará por las Administraciones responsables de los servicios a que estén adscritos los diferentes efectivos.

Art. 80. 1. Sin perjuicio del personal laboral a que se hace referencia en el artículo anterior, los funcionarios al servicio de las distintas Administraciones Públicas, a efectos del ejercicio de sus competencias sanitarias, se regirán por el Estatuto de la Función Pública y las normas específicas de los Funcionarios Civiles del Estado.

2. Igualmente, las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias, podrán dictar normas de desarrollo de la legislación básica del régimen estatutario de estos funcionarios.

Art. 81. El ejercicio de la labor de los profesionales sanitarios deberá organizarse de forma que se estimule en los mismos la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparatorias de la enfermedad.

TITULO IV

De las actividades sanitarias privadas

Capítulo primero

DEL EJERCICIO LIBRE DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Art. 82. Se reconoce el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución.

Art. 83. El Gobierno aprobará las normas precisas para evitar el intrusismo profesional.

Art. 84. 1. Las asociaciones profesionales o científicas de profesionales sanitarios sólo podrán convocar reuniones con el privilegio de oficialidad y recibir ayudas o subvenciones públicas cuando, hayan sido previamente reconocidos y registrados por

las autoridades sanitarias y se ajusten a la normativa dictada para regular este tipo de reuniones.

2. En todo caso, las asociaciones citadas y sus reuniones y congresos quedarán sujetos a la normativa vigente en materia de publicidad y promoción médico-farmacéutica y a la justificación del destino y la utilización de los fondos recibidos como ayudas y subvenciones.

Capítulo segundo

DE LAS ENTIDADES SANITARIAS

Art. 85. 1. Se reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme al artículo 38 de la Constitución.

2. Los centros y establecimientos sanitarios, cualesquiera que sea su nivel y categoría o titular; precisarán autorización administrativa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que respecto de su estructura y régimen inicial puedan establecerse.

3. La autorización administrativa se referirá también a las operaciones de calificación, acreditación y registro del establecimiento. Las bases generales sobre clasificación, registro y autorización serán establecidas por Real Decreto.

4. Todos los centros y establecimientos sanitarios estarán sometidos al control, inspección y evaluación de sus actividades y funcionamiento, incluida su promoción y publicidad, por las autoridades sanitarias competentes.

5. Las autoridades sanitarias podrán ordenar la suspensión provisional, prohibición de actividades y clausura definitiva de los centros y establecimientos por requerirlo la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación o funcionamiento.

6. Cuando la defensa de la salud de la población lo requiera, las Administraciones Sanitarias competentes podrán establecer regímenes temporales y excepcionales de funcionamiento de los establecimientos sanitarios.

Art. 86. 1. Las Administraciones Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para las prestaciones de servicios sanitarios con el sector privado. Para la celebración de conciertos con el sector privado, las Administraciones Sanitarias, según criterios de eficacia, eficiencia y complementariedad del sector público, deberán tener en cuenta la utilización óptima de los recursos sanitarios.

2. La Administración del Estado fijará los requisitos y condiciones mínimas de estos conciertos que serán aplicables en todo el territorio del Estado.

3. El sector público no podrá concertar las prestaciones sanitarias con establecimientos, centros o servicios privados cuando ello pueda contradecir los objetivos establecidos en el plan de salud correspondiente.

4. A efectos de celebrar conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad a los establecimientos, centros o servicios que tengan un carácter benéfico-social.

Art. 87. Los centros y establecimientos privados calificados de interés social podrán percibir las subvenciones económicas y demás beneficios o ayudas con cargo a fondos públicos. El otorgamiento de estas subvenciones y ayudas llevará siempre consigo la habilitación para controlar que los fondos han sido destinados al fin propuesto.

Por Real Decreto se determinarán las condiciones y requisitos que deban reunir los establecimientos para ser calificados de interés social.

Art. 88. 1. La Administración Sanitaria facilitará la libre actividad de las asociaciones de usuarios de la sanidad y a las entidades corporativas de tipo sanitario, de acuerdo con la legislación correspondiente, propiciando su actuación coordinada con el sistema sanitario público.

2. No podrán acogerse a los beneficios que diere lugar tal reconocimiento las asociaciones o entidades en las que concurra alguna de estas circunstancias:

a) Incluir como asociados a personas jurídicas con ánimo de lucro.

b) Percibir ayudas o subvenciones de las Empresas o agrupaciones de Empresas que suministran servicios a los consumidores o usuarios.

c) Realizar publicidad comercial o no meramente informativa de servicios.

d) Dedicarse a actividades distintas de la defensa de los intereses de los consumidores o usuarios.

e) Actuar con manifiesta temeridad, judicialmente apreciada.

TITULO V

Los productos farmacéuticos

Capítulo único

Art. 89. 1. Al Ministerio de Sanidad corresponde valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios, tanto para autorizar su circulación y uso como para controlar su calidad.

2. Para la circulación y uso de los medicamentos y productos sanitarios que se les asimilen, se exigirá licencia previa. Para los demás productos y artículos sanitarios, el Ministerio de Sanidad y Consumo podrá exigir autorización previa individualizada o el cumplimiento de condiciones de homologación.

No podrán prescribirse y se reputará clandestina la circulación de medicamentos o productos sanitarios no autorizados o no homologados, con las responsabilidades administrativas y penales a que hubiere lugar.

3. Sólo se autorizarán medicamentos seguros y eficaces con la debida calidad y pureza y elaborados por persona física o jurídica con capacidad suficiente.

4. El procedimiento de autorización asegurará que se satisfacen las garantías de eficacia, tolerancia, pureza, estabilidad e información que marquen la Ley del Medicamento y demás disposiciones

que sean de aplicación. En especial, se exigirá la realización de ensayos clínicos controlados.

5. Todas las personas calificadas que presten servicios en los sistemas sanitario y de investigación y desarrollo tecnológico públicos tienen el derecho de participar y el deber de colaborar en la evaluación y control de medicamentos y productos sanitarios.

Art. 90. 1. La licencia de los medicamentos y productos sanitarios será temporal, y agotada su vigencia deberá revalidarse. También habrá el titular de notificar anualmente su intención de mantenerlos en el mercado para que no se extinga la licencia.

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

Art. 91. El Ministerio de Sanidad y Consumo otorgará a los medicamentos una denominación oficial española adaptada a las denominaciones comunes internacionales de la Organización de la Salud en el marco de la CEE, que será de dominio público y los identificará apropiadamente en la información a ellos referida y en sus embalajes, envases y etiquetas.

Las marcas comerciales no podrán confundirse ni con las denominaciones oficiales españolas, ni con las comunes internacionales.

Art. 92. 1. La Real Farmacopea Española codificará las normas de calidad de los medicamentos obligatorias en España.

2. El Formulario Nacional contendrá las directrices según las cuales se prepararán, siempre con sustancias de acción e indicación reconocidas, las fórmulas magistrales por los farmacéuticos en sus oficinas de farmacia.

Art. 93. Los importadores, fabricantes y profesionales sanitarios tienen el deber de comunicar a la autoridad sanitaria los efectos adversos causados por medicamentos y otros productos sanitarios cuando de ellos pueda derivarse un peligro grave para la vida o la salud de los pacientes o, aun en casos menos graves, cuando se trate

de medicamentos de reciente comercialización.

Art. 94. 1. Se exigirá licencia de la autoridad sanitaria competente a las personas físicas o jurídicas que se dediquen a la importación, elaboración, fabricación, distribución o exportación de medicamentos y productos sanitarios y a sus laboratorios y establecimientos. Esta licencia habrá de revalidarse periódicamente.

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá normas de elaboración, fabricación, transporte y almacenamiento correctos.

3. Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un director técnico responsable suficientemente calificado.

Art. 95. 1. La licencia de los medicamentos y productos sanitarios y de las entidades a que se refiere el artículo 89, a su otorgamiento y anualmente devengarán los precios y tasas necesarios para cubrir los costes de su evaluación y para evitar solicitudes especulativas. Con este último fin podrá la Administración exigir fianza bastante antes de su admisión a trámite.

2. Podrán graduarse o suprimirse estos precios, tasas y fianzas con sujeción a reglas objetivas, para estimular la comercialización de medicamentos y productos sanitarios peculiares; para dar acceso al mercado a las empresas pequeñas y medianas, por razones de política industrial o para fomentar el empleo.

Art. 96. 1. La publicidad de medicamentos y productos sanitarios dirigida a los profesionales se ajustará a las condiciones de su licencia y podrá ser sometida a un régimen de autorización previa por la Administración.

2. La publicidad de medicamentos y productos sanitarios dirigida al público requerirá su calificación especial y autorización previa de los mensajes por la autoridad sanitaria.

Art. 97. 1. El servicio público de custodia, conservación y dispensación de medicamentos sólo podrá ser prestado por los servicios de

farmacia de hospitales y estructuras de atención primaria, oficinas de farmacia y botiquines, integrados en ellas o en régimen de ejercicio libre, debidamente autorizados.

2. Las oficinas de farmacia abiertas al público se consideran establecimientos sanitarios a los efectos previstos en esta Ley.

3. Las oficinas de farmacia, en tanto que dispensan medicamentos y productos sanitarios para el Sistema Nacional de Salud, estarán sujetas a la planificación sanitaria y a las bases y reglas que para este Servicio al Público establezca la legislación especial de medicamentos y farmacia.

4. Sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios de las oficinas de farmacia.

TITULO VI

La docencia y la investigación

Capítulo I

DE LA DOCENCIA

Art. 98. 1. Para conseguir una mayor adecuación en la formación de recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario, se establecerá la colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad y los Departamentos que corresponda, en particular el de Educación y Ciencia, con objeto de velar porque toda la formación que reciban los profesionales de la salud esté integrada en las estructuras de servicios del sistema sanitario.

2. A estos efectos, las Facultades de Medicina podrán vincular a sus Áreas de Formación Clínica aquellas Instituciones Sanitarias que reúnan los requisitos que se establezcan para los hospitales con funciones universitarias, sin perjuicio de que puedan establecerse otros conciertos entre las Instituciones Universitarias y Sanitarias para aten-

der necesidades comunes en el campo de la docencia y la investigación.

3. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo establecerán los requisitos que habrán de cumplir estos hospitales con funciones docentes universitarias, así como los principios básicos que seguirán los conciertos a que se alude en el número anterior.

4. El Departamento de Educación y Ciencia y las Universidades promoverán la modificación de las enseñanzas teóricas y prácticas para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades del funcionamiento del sistema sanitario.

5. Los Departamentos correspondientes favorecerán la formación interdisciplinar en ciencias de la salud y la actualización permanente de conocimientos.

Capítulo II

DE LA INVESTIGACION

Art. 99. 1. Las actividades de investigación habrán de ser fomentadas a todos los niveles del sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo.

2. La investigación en biomedicina aplicada y en ciencias de la salud habrá de desarrollarse principalmente en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud, de acuerdo con los criterios de la presente Ley.

La investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad sociosanitaria, las causas y mecanismos que la determinan, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

Art. 100. 1. Con el fin de programar, estimular, desarrollar, coordinar, gestionar, financiar y evaluar la investigación garantizando la necesaria autonomía, los Departamentos de Sanidad del Estado y de las Comunidades Autónomas podrán crear los organismos de investigación que consideren oportunos.

2. Deberán coordinarse los programas de investigación y de asignación a los mismos de recursos públicos de cualquier procedencia, a efectos de conseguir la máxima productividad de las inversiones.

3. Los organismos de investigación tendrán capacidad para establecer los programas prioritarios de investigación y para acreditar unidades de investigación y proporcionarles la adecuada financiación.

Art. 101. En las áreas y objetivos prioritarios, se desarrollarán programas específicos de formación de recursos para cubrir las respectivas necesidades, se fomentará la dedicación a la investigación de quienes participan en la información, asistencia, docencia y administración.

Art. 102. En la financiación de la investigación se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Establecimiento de un presupuesto anual mínimo de investigación, consistente en un 1 por ciento de los presupuestos globales de salud, que se alcanzará progresivamente a partir de la promulgación de la presente Ley.
- Evaluación sanitaria y económica de las inversiones en investigación.

DISPOSICIONES ADICIONALES

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

Segunda.—El Gobierno adoptará las medidas oportunas para el desarrollo de la informática sanitaria, racionalización de los registros y catálogos sanitarios, estadística y publicaciones oficiales.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, que implica la homologación de las atenciones y prestaciones sanitarias, se efectuará mediante una asignación de recursos financieros proporcionales a la población atendida en cada Comunidad Autónoma. Se establecerán con carácter transitorio los criterios que tiendan a la consecución de dicho objetivo hasta tanto los Presupuestos Generales del Estado no incluyan las consignaciones precisas para hacer efectiva la generalización de las atenciones y prestaciones sanitarias a toda la población.

Segunda.—El Presupuesto del Estado incrementará paulatinamente las aportaciones para las prestaciones sanitarias hasta cubrir la financiación total del Sistema Nacional de Salud, junto con los Presupuestos de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.

Tercera.—Hasta que la financiación del Sistema Nacional de Salud no se realice en su totalidad de conformidad con lo establecido en el artículo 74 de la presente Ley, la financiación del coste efectivo de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según corresponda.

Cuarta.—La financiación temporal con cargo a los Presupuestos de la Seguridad Social establecida en la Disposición Transitoria anterior se determinará a través de un porcentaje de las cuotas recaudadas, que se fijará anualmente en función del coste de la asistencia sanitaria de la población protegida de la Seguridad Social. Este porcentaje irá decreciendo paulatinamente en la medida que se vayan cumpliendo las previsiones de la Disposición Transitoria Segunda.

Quinta.—1. Hasta tanto no se generalice la asistencia sanitaria gratuita a toda la población, el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado establecerá baremos únicos, aplicables en to-

do el territorio del Estado, relativos a las contraprestaciones exigibles por los servicios sanitarios prestados a individuos no cubiertos por el sistema de Seguridad Social. Las prestaciones sanitarias a cargo del Régimen Público de la Asistencia Social se financiarán con cargo a los Presupuestos de las Administraciones responsables.

2. A efectos de las prestaciones sanitarias, el Gobierno del Estado establecerá las normas para la integración y homologación de los diferentes Regímenes Especiales de la Seguridad Social en el Régimen General.

Sexta.—1. Hasta tanto se cumplan las previsiones de la Disposición Transitoria Tercera, los centros y establecimientos sanitarios que forman parte del Patrimonio único de la Seguridad Social continuarán titulados a nombre de la Tesorería General, sin perjuicio de su adscripción funcional al Sistema Nacional de Salud.

2. Una vez que el Sistema Nacional de Salud deje de financiarse a través de los Presupuestos de la Seguridad Social, la titularidad del Patrimonio que constituyen los centros y establecimientos sanitarios a los que se refiere el párrafo anterior será asumida por la Administración del Estado, con las compensaciones económicas que se determinen a favor de la Seguridad Social.

3. Las Corporaciones Locales que en la actualidad dispongan de servicios y establecimientos sanitarios que lleven a cabo actuaciones que en la presente Ley se adscriban a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas establecerán, de mutuo acuerdo con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas, un proceso de transferencia de los mismos.

4. No obstante lo establecido en el párrafo anterior, la adscripción funcional a que se refiere el artículo 42.2 de la presente Ley se producirá en la misma fecha en que queden constituidos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Desde ese instante, las Comunidades Autónomas financiarán con sus propios presupuestos el coste efectivo de los establecimientos y servicios que queden adscritos a sus Servicios de Salud.

5. Hasta tanto se produce la transferencia plena a que se refiere el párrafo 1 de esta disposición transitoria, las Corporaciones Locales y las Comunidades Autónomas podrán establecer acuerdos a efecto de la financiación de las inversiones nuevas y las de conservación, mejora y sustitución de los establecimientos.

6. En todo caso, hasta tanto entra en vigor el régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales contribuirán a la financiación de los Servicios de Salud de aquéllas en una cantidad igual a la asignada en sus presupuestos para la financiación de los establecimientos adscritos funcionalmente a dichos Servicios. No se considerarán, a estos efectos, las cantidades que puedan proceder de conciertos establecidos con el INSALUD.

7. Las cantidades correspondientes a los establecimientos a que se refiere el párrafo anterior se asignarán directamente a las Comunidades Autónomas cuando se produzca la adscripción funcional de los establecimientos de acuerdo con lo previsto en el párrafo 4 de la presente disposición transitoria.

Séptima.—1. Las Comunidades Autónomas deberán acordar la organización de sus Servicios de Salud en el plazo máximo de dieciocho meses a partir del momento en que quede culminado el proceso de transferencias de servicios que corresponda a sus competencias estatutarias.

2. En los casos en que las Comunidades Autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de Sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus Servicios de Salud a lo establecido en la presente Ley, el Estado celebrará con aquéllas acuerdos y convenios para la implantación paulatina de lo establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios.

Octava.—Con anterioridad a la organización definitiva de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, éstas deberán establecer las reglas precisas para la designación de los miembros de los órganos colegiados de

gestión y participación de acuerdo con lo establecido en la presente Ley.

Novena.—1. A los efectos de aplicación del Capítulo VI del Título III de esta Ley, se entenderá comprendido el personal sanitario y no sanitario de la Seguridad Social a que hace referencia la disposición transitoria cuarta de la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública.

2. En cuanto al personal funcionario al servicio de la Seguridad Social regulado en la disposición transitoria tercera de la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública, se estará a lo dispuesto en esta norma.

Décima.—1. El Gobierno aprobará por Real Decreto, en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud.

2. A efectos de la formación del primer Plan Integrado de Salud, el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado deberá poner en conocimiento de las Comunidades Autónomas los criterios generales de planificación y demás circunstancias a que alude el artículo 67 de la presente Ley, en el plazo máximo de dieciocho meses contados a partir de la entrada en vigor de la misma.

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

Primera.—Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan lo dispuesto en la presente Ley.

El Gobierno, en el plazo de doce meses desde la publicación de esta Ley, publicará una Tabla de Vigencias y Derogaciones.

Segunda.—Quedan degradadas al rango reglamentario cualesquiera disposiciones que a la entrada en vigor de la presente Ley regulen la estructura y funcionamiento de instituciones y organismos sanitarios, a efectos de proceder a su reorganización y adaptación a las previsiones de esta Ley.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.—Con objeto de alcanzar los objetivos que en

materia de formación pregraduada, posgraduada y especialización sanitaria se señalan en el Título VI, el Gobierno regularizará, aclarará y armonizará los siguientes textos legales:

— La base tercera de la Ley de 25 de noviembre de 1944, sobre la Escuela Nacional de Sanidad.

— El párrafo segundo del artículo primero de la Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre los hospitales como centros de formación y especialización.

— La Ley de 20 de julio de 1955, el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, y el Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, sobre especialidades de la profesión médica.

— La Ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.

Las citadas disposiciones, así como las correspondientes a la formación y especialización de las profesiones sanitarias, serán debidamente actualizadas.

Segunda.—Hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno procederá a la armonización y refundición de:

1. La asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo, a que se refiere el artículo 20.1.12 de la Ley General de la Seguridad Social, de 30 de mayo de 1964, y disposiciones concordantes, tanto del Régimen General como de los Regímenes Especiales, incluidos los regulados por leyes específicas: Agrario, Trabajadores del Mar y Funcionarios Civiles del Estado y al servicio de la Administración de Justicia.

2. La asistencia médico-farmacéutica a los funcionarios y empleados de la Administración Local.

3. La asistencia sanitaria de la Sanidad Nacional a que se refiere la Ley de 25 de noviembre de 1944; el artículo segundo, apartado uno; disposición final quinta, apartado dos, del Decreto-Ley 13/1972, de 29 de diciembre, y disposiciones concordantes, incluida la asistencia psiquiátrica; de enfermedades

transmisibles y la correspondiente a la beneficencia general del Estado.

4. La asistencia sanitaria general y benéfica de las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos a que se refieren las bases 23 y 24 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, la Ley de Régimen Local y disposiciones concordantes.

5. La asistencia sanitaria a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos tercero y cuarto de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre, y disposiciones concordantes.

6. La asistencia sanitaria a mutilados civiles y militares como consecuencia de acciones de guerra o defensa del orden público y la seguridad ciudadana.

7. La asistencia sanitaria al personal de las Fuerzas Armadas a que se refiere el artículo 195 de la Ley 85/1978, de 28 de diciembre.

Tercera.—1. El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministerios interesados dispondrá:

a) La participación en el Sistema Nacional de Salud del Instituto Nacional de Toxicología, Medicina Forense, Servicios Médicos del Registro Civil y Sanidad Penitenciaria.

b) La participación y colaboración de los Hospitales Militares y Servicios Sanitarios de las Fuerzas Armadas en el Sistema Nacional de Salud.

c) La plena integración en el Sistema Nacional de Salud de los Hospitales Clínicos.

d) La participación en el Sistema Nacional de Salud de los Centros y Servicios Técnicos de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Laboratorios y Centros de Investigación Agraria y Ganadera, Laboratorios de Aduanas y de Control de las Exportaciones e Importaciones y, en general, de cualesquiera otros centros y servicios que puedan coadyuvar a los fines e intereses generales de la protección de la salud.

2. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Mutuas de Accidentes, Mutualidades e Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, podrán ser objeto de integración permanente en el Sistema Nacional de Salud, siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos

y se sometan a su régimen de funcionamiento.

Cuarta.—El Gobierno, mediante Real Decreto acordado en el plazo máximo de doce meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, establecerá la ordenación general, las condiciones mínimas, las reglas de ordenación y funcionamiento y las relativas a autorizaciones, registro y catalogación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, con arreglo a lo establecido en esta Ley.

Quinta.—El Gobierno, mediante Real Decreto acordado en el plazo máximo de dieciocho meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, establecerá la ordenación general de los productos, material e instrumental sanitario con arreglo a los principios establecidos en la presente Ley.

Sexta.—El Gobierno, para alcanzar los objetivos de la presente Ley, refundirá, regularizará, aclarará y armonizará, de acuerdo con los actuales conocimientos epidemiológicos, técnicos y científicos, con las necesidades sanitarias y sociales de la población y con la exigencia del sistema sanitario, las siguientes disposiciones:

1. Ley 45/1978, de 7 de octubre —párrafo tercero de su disposición adicional—, sobre orientación y planificación familiar.

2. Ley 13/1982, de 7 de abril —artículos nueve y concordantes—, sobre orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz de la subnormalidad y minusvalías.

3. Ley de 12 de julio de 1941, sobre sanidad infantil y maternal.

4. Ley 39/1979, de 30 de noviembre —disposición adicional quinta, apartado segundo—, sobre prohibición de la publicidad de bebidas alcohólicas.

5. Ley 22/1980, de 24 de abril, sobre vacunaciones obligatorias impuestas y recomendadas.

6. Real Decreto 2838/1977, de 15 de octubre, y disposiciones concordantes sobre planificación, ejecución y control de las actividades relacionadas con la sanidad escolar.

7. Las bases 4.ª, 6.ª, 7.ª, 8.ª, 9.ª, 10.ª, 11.ª, 12.ª, 13.ª, 14.ª y 15.ª de la Ley de 25 de noviembre de 1944, sobre enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación, estadísticas sanitarias, tuberculosis, reumatismo, cardiopatías, paludismo, tracoma, enfermedades sexuales, lepra, dermatosis, cáncer, sanidad maternal e infantil, higiene mental y asistencia psiquiátrica.

8. La base 25 —párrafos tercero y siguiente— de la Ley de 25 de noviembre de 1944 y Ley 13/1980, de 31 de marzo —artículo 9.º, 1 y disposición adicional—, sobre higiene e inspección sanitaria de la educación física y del deporte.

9. La Ley de 14 de abril de 1955 y la Ley de 26 de diciembre de 1958, sobre asistencia psiquiátrica y antituberculosa, en cuanto continúen vigentes conforme a la disposición adicional 5.ª 2 del Decreto-Ley 13/1972, de 29 de diciembre.

Séptima.—Quedan suprimidos los partidos sanitarios cerrados.

Octava.—Se autoriza al Gobierno para aprobar mediante Real Decreto un texto único en materia de protección de la salud de los trabajadores, aclarando, regularizando y armonizando las normas vigentes, ateniéndose a los siguientes principios:

1. Se fijarán los niveles y labores admisibles de exposición profesional a los agentes nocivos, para tratar de prevenir los daños a la salud física, psíquica y social; contemplando particularmente la prevención, tanto de los efectos nocivos a corto plazo, como de los efectos nocivos para la función reproductora y los riesgos de mutagénesis, carcinogénesis y teratogénesis.

2. Se establecerán las modalidades de determinación y actualización de los niveles o valores admisibles de los factores de nocividad de origen químico, físico, biológico y psicológico.

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

Novena.—El Reglamento de Régimen Interior del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será aprobado por él mismo y comunicado a las Administraciones representadas en su seno.

Décima.—El Gobierno, mediante Real Decreto, adoptará las medidas necesarias para la actuación conjunta de varias Administraciones Públicas a efectos de Sanidad exterior y para que pueda reconocerse validez y eficacia a los mismos efectos a determinadas inspecciones en origen u otros controles concretos que se juzguen suficientes, realizados por los servicios técnicos de las Comunidades Autónomas u otras Administraciones Públicas.

Undécima.—Se autoriza al Gobierno para refundir y actualizar las disposiciones en materia de control y limitación de la promoción y publicidad de la promoción y asistencia, con respecto a lo establecido en la presente Ley.

Duodécima.—Se autoriza al Gobierno para adaptar la estructura y funciones de las instituciones del Ministerio de Sanidad y Consumo a los principios establecidos en la presente Ley, así como para regular la organización y régimen y desarrollar las competencias de los organismos autónomos estatales que en esta Ley se crean.

Décimotercera.—Se autoriza al Gobierno para fusionar o integrar Cuerpos y funcionarios sanitarios de las Administraciones Públicas y Entidades Gestoras de la Seguridad Social, a efectos de facilitar la gestión del personal y homologar los regímenes jurídicos de la relación de empleo, respetándose los derechos adquiridos y teniendo en cuenta, en todo caso, el nivel de titulación académica y el grado de dificultad de las pruebas exigidas para el ingreso en cada Cuerpo, sin perjuicio de las atribuciones que confiere al Gobierno el artículo 26.4 de la Ley de Medidas Urgentes para la Reforma de la Función Pública.

Décimocuarta.—Se autoriza al Gobierno para dictar todas las medidas precisas para el desarrollo y ejecución de lo previsto en la presente Ley, siempre que no correspondan estas actuaciones a las Comunidades Autónomas.