

# INFORMACIÓN para USUARIOS

# NORMATIVA BÁSICA



Fecha de actualización: Diciembre 2013

# Índice

|                                                                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.....                                                                                                                            | 3   |
| Ley 41/2002, de 14 de noviembre: Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. ....           | 68  |
| Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.....                                                                                         | 85  |
| Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria. ....                                                         | 162 |
| Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria..... | 168 |
| Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.....                                              | 179 |
| Orden SAN/28/2009, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria. ....             | 220 |

## **Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.**

**Boletín Oficial del Estado número 102, de 29 de abril de 1986.**

Juan Carlos I rey de España a todos los que la presente vieren y entendieren, sabed: que las cortes generales han aprobado y yo vengo en sancionar la siguiente ley: de todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes 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 publicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

Es conocido que el primer ensayo de poner al día las técnicas de intervención publica en los problemas de salud de la colectividad lo constituyo 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 altero 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 perpetuara. El esquema organizativo es, en efecto, el mismo de 1855, basado en una dirección general de sanidad, recrecida, como órgano supremo. La idea de contenido de las responsabilidades públicas en este sector es también decimonónica: a la administración pública le 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 significara, 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 sumaran otras nuevas, relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etc., que harán nacer estructuras públicas nuevas a su servicio.

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

nuevas necesidades y avances tanto en el campo de la salud y enfermedad como en los nuevos criterios que se van imponiendo de cobertura social y asistencia sanitaria.

Puede decirse sin hipérbole que la necesidad de proceder a una reforma del sistema que supere el estado de cosas descrito se ha visto clara por todos cuantos han tenido responsabilidades en el ramo de la sanidad, desde el día siguiente a la aprobación de la ley de bases de 1944. Probaría este aserto una indagación sumaria de los archivos de la administración, donde pueden encontrarse sucesivos intentos de reforma que, sin embargo, no han visto otra luz que la de los despachos de los ministerios.

Ante la imposibilidad o la falta de convicción en la necesidad de organizar un sistema sanitario que integrase tantas estructuras dispersas, se ha asentado la idea de que, manteniendo separadas las diversas estructuras sanitarias públicas, la coordinación podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema. El ensayo es ya viejo. Se intenta implantar primero en el ámbito de las administraciones locales con la ley de coordinación sanitaria de 11 de junio de 1934. Luego, con carácter más general y también en el ámbito de los servicios centrales, con la ley de hospitales de 21 de julio de 1962, y mediante la creación de un extensísimo número de comisiones interministeriales, que fluyen como un verdadero aluvión, planteando al final el problema de coordinar a los órganos coordinadores.

Paralelamente, en el año 1942, mediante ley de 14 de diciembre, se constituye el seguro obligatorio de enfermedad, bajo el instituto nacional de previsión. Este sistema de cobertura de los riesgos sanitarios, alcanzado a través de una cuota vinculada al trabajo, se ha desarrollado enormemente como consecuencia del proceso paulatino de expansión económica que ha surgido en nuestro país desde 1950, pero especialmente en los sesenta y principios de los setenta.

El seguro obligatorio de enfermedad, desde su creación y su posterior reestructuración mediante el decreto 2065/1974, de 30 de mayo por el que se aprueba el texto refundido de la ley general de la seguridad social, en el que se cristaliza el actual sistema de seguridad social hasta hoy, ha ido asumiendo mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones y, al mismo tiempo, ha sido un sistema que ha ido progresivamente incluyendo mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de seguro sanitario. En la actualidad, este sistema sanitario de seguridad social está muy evolucionado, siendo gestor autónomo de una estructura sanitaria extendida por todo el territorio nacional, constituyendo la red sanitaria más importante de nuestro país.

Aunque con la creación, ya en tiempos muy recientes, de un ministerio de sanidad, se han podido mejorar algunos de los problemas recibidos, no es menos cierto que se ha mantenido una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochándose las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo. No obstante, ha sido posible 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.

A las necesidades de reforma a las que se acaba de aludir, nunca cumplimentadas en profundidad, han venido a sumarse, para apoyar definitivamente la formulación de la presente ley general de sanidad, dos razones de máximo peso, por provenir de nuestra constitución, que hacen que la reforma del sistema no pueda ya demorarse. La primera es el reconocimiento en el Artículo 43 y en el Artículo 49 de nuestro texto normativo fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo. La segunda, con mayor incidencia aún en el plano de lo organizativo, es 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.

La ley da respuesta al primer requerimiento constitucional aludido, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, si bien, por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones sino que programa su licación 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 solo recibieran algunos servicios sanitarios concretos, y no bloques orgánicos completos, las transferencias de servicios pararían en la incorporación de una nueva administración pública al ya complejo entramado de entes públicos con responsabilidades sobre el sector.

Este efecto es, sin embargo, además de un estímulo para anticipar la reforma, perfectamente evitable. El estado, en virtud de lo establecido en el Artículo 149.1.16 de la constitución, en el que la presente ley se apoya, ha de establecer los principios y criterios substantivos que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del estado.

La directriz sobre la que descansa toda la reforma que el presente proyecto de ley propone es la 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 la ley adopta son las comunidades autónomas, administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados 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 convenientemente coordinados. El principio de integración para los servicios sanitarios en cada comunidad autónoma inspira el Artículo 50 de la ley: «En cada comunidad autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva comunidad autónoma».

Es básica la generalización de este modelo organizativo y el estado 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 solo 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 es deseable asegurar una igualdad 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 creación de los respectivos servicios de salud de las comunidades autónomas es, sin embargo, paulatina. Se evitan en la ley saltos en el vacío, se procura la adopción progresiva de las estructuras y se acomoda, en fin, el ritmo de aplicación de sus previsiones a la marcha de los procesos de transferencias de servicios a las comunidades autónomas.

La concentración de servicios y su integración en el nivel político y administrativo de las comunidades autónomas, que sustituyen a las corporaciones locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, precisamente en aquellas que la experiencia ha probado que el nivel municipal, en general, no es el más adecuado para su gestión, esto no significa, sin embargo, la correlativa aceptación de una fuerte centralización de servicios en ese nivel. Para evitarlo se articulan dos tipos de previsiones: la primera se refiere a la estructura de los servicios sanitarios; la segunda, a los organismos encargados de su gestión.

En cuanto a lo primero, la ley 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 proyecto 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 la ley postula, al consumarse precisamente y de modo principal en el nivel 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. La ley toma buena nota de esa oportunidad e impone los criterios organizativos básicos de que se ha hecho mención, evitando que las comunidades autónomas reproduzcan un modelo que ya se ha probado inconveniente, o que aun introduzca una mayor complejidad, por la vía de la especialidad, en el sistema recibido.

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

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

**TITULO PRELIMINAR**  
**DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**  
**CAPITULO UNICO**

**Artículo 1.**

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

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.
4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

#### **Artículo 2.**

1. Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31 apartado 1, letras b) y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula.
2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía.

## **TITULO I**

### **DEL SISTEMA DE SALUD**

#### **CAPITULO I**

#### **DE LOS PRINCIPIOS GENERALES**

#### **Artículo 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. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

#### **Artículo 4.**

1. Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este título dentro de una concepción integral del sistema sanitario.
2. Las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

#### **Artículo 5.**

1. Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las Corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
2. A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las organizaciones empresariales y sindicales. La representación de cada una de estas organizaciones se fijará atendiendo a criterios de proporcionalidad, según lo dispuesto en el título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical.

#### **Artículo 6.**

Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

#### **Artículo 7.**

Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

#### **Artículo 8.**

1. Se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención

de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

2. Asimismo, se considera actividad básica del sistema sanitario la que pueda incidir sobre el ámbito propio de la Veterinaria de Salud Pública en relación con el control de higiene, la tecnología y la investigación alimentarias, así como la prevención y lucha contra la zoonosis y las técnicas necesarias para la evitación de riesgos en el hombre debidos a la vida animal o a sus enfermedades.

#### **Artículo 9.**

Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes.

#### **Artículo 10.**

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Este apartado ha quedado derogado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (B.O.E. de 15 de noviembre de 2002) que entrará en vigor a los seis meses de su publicación.

6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Este apartado ha quedado derogado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (B.O.E. de 15 de noviembre de 2002) que entrará en vigor a los seis meses de su publicación.

7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.

Este apartado ha quedado derogado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (B.O.E. de 15 de noviembre de 2002) que entrará en vigor a los seis meses de su publicación.

9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.

Este apartado ha quedado derogado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (B.O.E. de 15 de noviembre de 2002) que entrará en vigor a los seis meses de su publicación.

10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.

11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.

Este apartado ha quedado derogado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (B.O.E. de 15 de noviembre de 2002) que entrará en vigor a los seis meses de su publicación.

12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.

13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.

14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

#### **Artículo 11.**

Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.

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

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

4. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la Dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta. (Este apartado ha quedado derogado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (B.O.E. de 15 de noviembre de 2002) que entrará en vigor a los seis meses de su publicación)

#### **Artículo 12.**

Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.

### **Artículo 13.**

El Gobierno aprobará las normas precisas para evitar el intrusismo profesional y la mala práctica.

### **Artículo 14.**

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

### **Artículo 15.**

1. Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios.
2. El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará servicios de referencia, a los que podrán acceder todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de la Comunidad Autónoma donde residan.

### **Artículo 16.**

Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos. En consecuencia, los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, así como los previstos en el artículo 80, podrán acceder a los servicios sanitarios con la consideración de pacientes privados, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Por lo que se refiere a la atención primaria, se les aplicarán las mismas normas sobre asignación de equipos y libre elección que al resto de los usuarios.
2. El ingreso en centros hospitalarios se efectuará a través de la unidad de admisión del hospital, por medio de una lista de espera única, por lo que no existirá un sistema de acceso y hospitalización diferenciado según la condición del paciente.
3. La facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por las respectivas administraciones de los Centros, tomando como base los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los Servicios de Salud. En ningún caso estos ingresos podrán revenir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes.

### **Artículo 17.**

Las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a éstos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan en virtud de lo dispuesto en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las normas que aprueben las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias.

## **CAPITULO II**

### **DE LAS ACTUACIONES SANITARIAS DEL SISTEMA DE SALUD**

### **Artículo 18.**

Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
3. La asistencia sanitaria especializada, 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, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
6. La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.
7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
8. La promoción y mejora de la salud mental.
9. La protección, promoción y mejora de la salud laboral.
10. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas. 11. El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de



utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.

12. Promoción y mejora de las actividades de Veterinaria de Salud Pública, sobre todo en las áreas de la higiene alimentaria, en mataderos e industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra la zoonosis.

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

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

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

16. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

#### **Artículo 19.**

1. Los poderes públicos prestarán especial atención a la sanidad ambiental, que deberá tener la correspondiente consideración en los programas de salud.

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

- a) Calidad del aire.
- b) Aguas.
- c) Alimentos e industrias alimentarias.
- d) Residuos orgánicos sólidos y líquidos.
- e) El suelo y subsuelo.
- f) Las distintas formas de energía.
- g) Transporte colectivo.
- h) Sustancias tóxicas y peligrosas.
- i) La vivienda y el urbanismo.
- j) El medio escolar y deportivo.
- k) El medio laboral.
- l) Lugares, locales e instalaciones de esparcimiento público.
- m) Cualquier otro aspecto del medio ambiente relacionado con la salud.

## **CAPITULO III DE LA SALUD MENTAL**

### **Artículo 20.**

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

## **CAPITULO IV DE LA SALUD LABORAL**

### **Artículo 21.**

1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá los siguientes aspectos:
  - a) Promover con carácter general la salud integral del trabajador.
  - b) Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales.
  - c) Asimismo se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los períodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuese necesario, a un trabajo compatible durante los períodos referidos.
  - d) Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser causantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores.

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

f) Elaborar junto con las autoridades laborales competentes un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las Empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo, se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.

g) Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

2. Las acciones enumeradas en el apartado anterior se desarrollarán desde las Áreas de Salud a que alude el capítulo III del título III de la presente Ley.

3. El ejercicio de las competencias enumeradas en este artículo se llevará a cabo bajo la dirección de las autoridades sanitarias, que actuarán en estrecha coordinación con las autoridades laborales y con los órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las Empresas.

#### **Artículo 22.**

Los empresarios y trabajadores a través de sus organizaciones representativas participarán en la planificación, programación organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral, en los distintos niveles territoriales.

## **CAPITULO V**

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

#### **Artículo 23.**

Para la consecución de los objetivos que se desarrollan en el presente capítulo, las Administraciones Sanitarias, de acuerdo con sus competencias, crearán los Registros y elaborarán los análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

#### **Artículo 24.**

Las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud, serán sometidas por los órganos

competentes a limitaciones preventivas de carácter administrativo, de acuerdo con la normativa básica del Estado.

#### **Artículo 25.**

1. La exigencia de autorizaciones sanitarias, así como la obligación de someter a registro por razones sanitarias a las Empresas o productos, serán establecidas reglamentariamente, tomando como base lo dispuesto en la presente Ley.
2. Deberán establecerse, asimismo, prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.
3. Cuando la actividad desarrollada tenga una repercusión excepcional y negativa en la salud de los ciudadanos, las Administraciones Públicas, a través de sus órganos competentes podrán decretar la intervención administrativa pertinente, con el objeto de eliminar aquélla. La intervención sanitaria no tendrá más objetivo que la eliminación de los riesgos para la salud colectiva y cesará tan pronto como aquéllos queden excluidos.

#### **Artículo 26.**

1. En caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas que estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de Empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.
2. La duración de las medidas a que se refiere el apartado anterior, que se fijarán para cada caso, sin perjuicio de las prórrogas sucesivas acordadas por resoluciones motivadas, no excederá de lo que exija la situación de riesgo inminente y extraordinario que las justificó.

#### **Artículo 27.**

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

#### **Artículo 28.**

Todas las medidas preventivas contenidas en el presente capítulo deben atender a los siguientes principios:

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

- b) No se podrán ordenar medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida.
- c) Las limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan.
- d) Se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de Empresa y cualesquiera otros derechos afectados.

#### **Artículo 29.**

1. Los centros y establecimientos sanitarios, cualesquiera que sea su nivel y categoría o titular, precisarán autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que respecto de su estructura y régimen inicial puedan establecerse.
2. La previa autorización administrativa se referirá también a las operaciones de calificación, acreditación y registro del establecimiento. Las bases generales sobre calificación, registro y autorización serán establecidas por Real Decreto.
3. Cuando la defensa de la salud de la población lo requiera, las Administraciones Sanitarias competentes podrán establecer regímenes temporales y excepcionales de funcionamiento de los establecimientos sanitarios.

#### **Artículo 30.**

1. Todos los Centros y establecimientos sanitarios, así como las actividades de promoción y publicidad, estarán sometidos a la inspección y control por las Administraciones Sanitarias competentes.
2. Los centros a que se refiere el artículo 66 de la presente Ley estarán, además, sometidos a la evaluación de sus actividades y funcionamiento, sin perjuicio de lo establecido en los artículos 67, 88 y 89. En todo caso las condiciones que se establezcan serán análogas a las fijadas para los Centros públicos.

#### **Artículo 31.**

1. El personal al servicio de las Administraciones Públicas que desarrolle las funciones de inspección, cuando ejerza tales funciones y acreditando si es preciso su identidad, estará autorizado para:
  - a) entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo Centro o establecimiento sujeto a esta Ley,
  - b) proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de las normas que se dicten para su desarrollo,

c) tomar o sacar muestras, en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en esta Ley y en las disposiciones para su desarrollo, y

d) realizar cuantas actuaciones sean precisas, en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollen.

2. Como consecuencia de las actuaciones de inspección y control, las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, prohibición de las actividades y clausura definitiva de los Centros y establecimientos, por requerirlo la salud colectiva o por incumplimiento de los requisitos exigidos para su instalación y funcionamiento.

## CAPITULO VI

### DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

#### **Artículo 32.**

1. Las infracciones en materia de sanidad serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, la Administración pasará el tanto de culpa a la jurisdicción competente y se abstendrá de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme. De no haberse estimado la existencia de delito, la Administración continuará el expediente sancionador tomando como base los hechos que los tribunales hayan considerado probados. Las medidas administrativas que hubieran sido adoptadas para salvaguardar la salud y seguridad de las personas se mantendrán en tanto la autoridad judicial se pronuncie sobre las mismas.

#### **Artículo 33.**

En ningún caso se impondrá una doble sanción por los mismos hechos y en función de los mismos intereses públicos protegidos, si bien deberán exigirse las demás responsabilidades que se deduzcan de otros hechos o infracciones concurrentes.

#### **Artículo 34.**

Las infracciones se califican como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de intencionalidad, gravedad de la alteración sanitaria y social producida, generalización de la infracción y reincidencia.

### **Artículo 35.**

Se tipifican como infracciones sanitarias las siguientes:

a) Infracciones leves:

1. Las simples irregularidades en la observación de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública.
2. Las cometidas por simple negligencia, siempre que la alteración o riesgo sanitarios producidos fueren de escasa entidad.
3. Las que, en razón de los criterios contemplados en este artículo, merezcan la calificación de leves o no proceda su calificación como faltas graves o muy graves.

b) Infracciones graves:

1. Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.
2. Las que se produzcan por falta de controles y precauciones exigibles en la actividad, servicio o instalación de que se trate.
3. Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias leves, o hayan servido para facilitarlas o encubrirlas.
4. El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzcan por primera vez.
5. La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes.
6. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo, merezcan la calificación de graves o no proceda su calificación como faltas leves o muy graves.
7. La reincidencia en la comisión de infracciones leves, en los últimos tres meses.

c) Infracciones muy graves:

1. Las que reciban expresamente dicha calificación en la normativa especial aplicable en cada caso.
2. Las que se realicen de forma consciente y deliberada, siempre que se produzca un daño grave.
3. Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.
4. El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias.

5. La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.
6. La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.
7. Las que, en razón de los elementos contemplados en este artículo y de su grado de concurrencia, merezcan la calificación de muy graves o no proceda su calificación como faltas leves o graves.
8. La reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años.

#### **Artículo 36.**

1. Las infracciones en materia de sanidad serán sancionadas con multas de acuerdo con la siguiente graduación:
  - a) Infracciones leves, hasta 500.000 pesetas.
  - b) Infracciones graves, desde 500.001 a 2.500.000 pesetas, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.
  - c) Infracciones muy graves, desde 2.500.001 a 100.000.000 de pesetas, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.
2. Además, en los supuestos de infracciones muy graves podrá acordarse, por el Consejo de Ministros o por los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas que tuvieren competencia para ello, el cierre temporal del establecimiento instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años. En tal caso, será de aplicación lo previsto en el artículo 57.4 de la Ley 8/1980, de 10 de marzo, por la que se aprueba el Estatuto de los Trabajadores.
3. Las cuantías señaladas anteriormente deberán ser revisadas y actualizadas periódicamente por el Gobierno, por Real Decreto teniendo en cuenta la variación de los índices de precios para el consumo.

#### **Artículo 37.**

No tendrán carácter de sanción la clausura o cierre de establecimientos, instalaciones o servicios que no cuenten con las previas autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, o la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad.





**TITULO II**  
**DE LAS COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**  
**CAPITULO I**  
**DE LAS COMPETENCIAS DEL ESTADO**

**Artículo 38.**

1. Son competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.
2. Son actividades de sanidad exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.
3. El Ministerio de Sanidad y Consumo colaborará con otros Departamentos para facilitar el que las actividades de inspección o control de sanidad exterior sean coordinadas con aquellas otras que pudieran estar relacionadas, al objeto de simplificar y agilizar el tráfico, y siempre de acuerdo con los convenios internacionales.
4. Las actividades y funciones de sanidad exterior se regularán por Real Decreto, a propuesta de los Departamentos competentes.

**Artículo 39.**

Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colaborará con otros países y Organismos internacionales: En el control epidemiológico; en la lucha contra las enfermedades transmisibles; en la conservación de un medio ambiente saludable; en la elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales en la investigación biomédica y en todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud. Prestará especial atención a la cooperación con las naciones con las que tiene mayores lazos por razones históricas, culturales, geográficas y de relaciones en otras áreas, así como a las acciones de cooperación sanitaria que tengan como finalidad el desarrollo de los pueblos. En el ejercicio de estas funciones, las autoridades sanitarias actuarán en colaboración con el Ministerio de Asuntos Exteriores.

**Artículo 40.**

La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará las siguientes actuaciones:

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

2. La determinación de los requisitos sanitarios de las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.
3. El registro general sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran o importan, que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias.
4. La autorización mediante reglamentaciones y listas positivas de aditivos, desnaturalizadores, material macromolecular para la fabricación de envases y embalajes, componentes alimentarios para regímenes especiales, detergentes y desinfectantes empleados en la industria alimentaria.
5. La reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los demás productos y artículos sanitarios y de aquellos que, al afectar al ser humano, pueden suponer un riesgo para la salud de las personas. Cuando se trate de medicamentos, productos o artículos destinados al comercio exterior o cuya utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.
6. La reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos mencionados en el número anterior, así como la determinación de los requisitos mínimos a observar por las personas y los almacenes dedicados a su distribución mayorista y la autorización de los que ejerzan sus actividades en más de una Comunidad Autónoma. Cuando las actividades enunciadas en este apartado hagan referencia a los medicamentos, productos o artículos mencionados en el último párrafo del apartado anterior, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.
7. La determinación con carácter general de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
8. La reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización 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 postgraduada perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, a efectos de regulación de las condiciones de obtención de títulos académicos.
11. La homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.
12. Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos y de las zoonosis, 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 e interés nacional o internacional.
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 medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias objeto de la presente Ley.

## CAPITULO II

### DE LAS COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

#### Artículo 41.

1. Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue.
2. Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas.

## CAPITULO III

### DE LAS COMPETENCIAS DE LAS CORPORACIONES LOCALES

#### Artículo 42.

1. Las normas de las Comunidades Autónomas, al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones Territoriales intracomunitarias, 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 órganos de dirección de las Áreas de Salud.
3. No obstante, los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:
  - a) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.
  - b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
  - c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.
  - d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.
  - e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

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

5. El personal sanitario de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en el apartado 3 tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidad personales y patrimoniales.

#### **CAPITULO IV DE LA ALTA INSPECCIÓN**

**Artículo 43.** (Artículo derogado por la ley 16/2003, de 28 de mayo)

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

2. Son actividades propias de la Alta Inspección:

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

b) Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

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

d) Comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas son utilizados de acuerdo con los principios generales de la presente Ley.

e) 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.

f) 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.

g) Supervisar 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 funciones 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 de esta circunstancia a la misma a través del Delegado del Gobierno.

5. Si una vez efectuada dicha advertencia se comprobase 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.

### TITULO III

## DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

### CAPITULO I

#### DE LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

##### **Artículo 44.**

1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.
2. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley.

##### **Artículo 45.**

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

##### **Artículo 46.**

Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.
- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d) La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

##### **Artículo 47.** (Artículo derogado por la ley 16/2003, de 28 de mayo)

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 igual número de miembros de la Administración del Estado.
2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal, y coordinará, entre otros aspectos, las líneas



básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.

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

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

5. Se crea un Comité Consultivo vinculado con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud al que se refieren los apartados anteriores integrado por el mismo número de representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas y por los de aquellas asociaciones de consumidores y usuarios que a tal objeto proponga el Consejo de Consumidores y Usuarios y, paritariamente con todos los anteriores, por representantes de las Administraciones Públicas presentes en el Consejo Interterritorial, designados por éste. (Párrafo redactado según la Disposición adicional 6. de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre).

#### **Artículo 48.**

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 eficacia rentabilidad de los Servicios Sanitarios.

## **CAPITULO II**

### **DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

#### **Artículo 49.**

Las Comunidades Autónomas deberán organizar sus Servicio de Salud de acuerdo con los principios básicos de la presente Ley.

#### **Artículo 50.**

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 cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

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

#### **Artículo 51.**

1. Los Servicios de Salud que se creen en las Comunidades Autónomas se planificarán con criterios de racionalización de los recursos, de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio. La base de la planificación será la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas, al objeto de poner en práctica los principios generales y las atenciones básicas a la salud que se enuncian en esta Ley.

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

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

#### **Artículo 52.**

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

#### **Artículo 53.**

1. Las Comunidades Autónomas ajustarán el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales.

2. Con el fin de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada Área, la Comunidad Autónoma deberá constituir, asimismo, órganos de participación en los servicios sanitarios.

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

#### **Artículo 54.**

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, que se ajustará a los criterios

generales de coordinación aprobados por el Gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud.

#### **Artículo 55.**

1. Dentro de su ámbito de competencias, las correspondientes Comunidades Autónomas regularán la organización, funciones asignación de medios personales y materiales de cada uno de los Servicios de Salud, en el marco de lo establecido en el capítulo VI de este título.

2. Las Corporaciones Locales que a la entrada en vigor de la presente Ley vinieran desarrollando servicios hospitalarios, participarán en la gestión de los mismos, elevando propuesta de definición de objetivos y fines, así como de presupuestos anuales. Asimismo elevarán a la Comunidad Autónoma propuesta en terna para el nombramiento del Director del Centro Hospitalario.

### **CAPITULO III**

#### **DE LAS AREAS DE SALUD**

#### **Artículo 56.**

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

2. Las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. En todo caso, las Áreas de Salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

a) En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad, desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.

b) En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

3. Las Áreas de Salud serán dirigidas por un órgano propio, donde deberán participar las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 40 por 100, dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma.

4. Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan 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.

5. Como regla general y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en el apartado anterior, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área.

#### **Artículo 57.**

Las Áreas de Salud contarán, como mínimo, con los siguientes órganos:

1. De participación: El Consejo de Salud de Área.
2. De dirección: El Consejo de Dirección de Área.
3. De gestión: El Gerente de Área.

#### **Artículo 58.**

1. Los Consejos de Salud de Área son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión, de acuerdo con lo enunciado en el artículo 5.2 de la presente Ley.

2. Los Consejos de Salud de Área estarán constituidos por:

- a) La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50 por 100 de sus miembros.
- b) Las organizaciones sindicales más representativas, en una proporción no inferior al 25 por 100, a través de los profesionales sanitarios titulados.
- c) La Administración Sanitaria del Área de Salud.

3. Serán funciones del Consejo de Salud:

- a) Verificar la adecuación de las actuaciones en el Área de Salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica.

- b) Orientar las directrices sanitarias del Área, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección.
  - c) Proponer medidas a desarrollar en el Área de Salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades.
  - d) Promover la participación comunitaria en el seno del Área de Salud.
  - e) Conocer e informar el anteproyecto del Plan de Salud del Área y de sus adaptaciones anuales.
  - f) Conocer e informar la Memoria anual del Área de Salud.
4. Para dar cumplimiento a lo previsto en los apartados anteriores los Consejos de Salud del Área podrán crear órganos de participación de carácter sectorial.

#### **Artículo 59.**

1. Al Consejo de Dirección del Área de Salud corresponde formular las directrices en política de salud y controlar la gestión del Área, dentro de las normas y programas generales establecidos por la Administración autonómica.
2. El Consejo de Dirección estará formado por la representación de la Comunidad Autónoma, que supondrá el 60 por 100 de los miembros de aquél, y los representantes de las Corporaciones Locales, elegidos por quienes ostenten tal condición en el Consejo de Salud
3. Serán funciones del Consejo de Dirección:
  - a) La propuesta de nombramiento y cese del gerente del Área de Salud.
  - b) La aprobación del proyecto del Plan de Salud del Área, dentro de las normas, directrices y programas generales establecidos por la Comunidad Autónoma.
  - c) La aprobación de la Memoria anual del Área de salud.
  - d) El establecimiento de los criterios generales de coordinación en el Área de Salud.
  - e) La aprobación de las prioridades específicas del Área de Salud.
  - f) La aprobación del anteproyecto y de los ajustes anuales del Plan de Salud del Área.
  - g) La elaboración del Reglamento del Consejo de Dirección y del Consejo de Salud del Área, dentro de las directrices generales que establezca la Comunidad Autónoma.

#### **Artículo 60.**

1. El Gerente del Área de salud será nombrado y cesado por la Dirección del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, a propuesta del Consejo de Dirección del Área.

2. El Gerente del Área de Salud es el órgano de gestión de la misma. Podrá, previa convocatoria, asistir con voz, pero sin voto a las reuniones del Consejo de Dirección.
3. El Gerente del Área 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 Área y de las normas correspondientes a la Administración autonómica y del Estado. Asimismo presentará los anteproyectos del Plan de Salud y de sus adaptaciones anuales y el proyecto de Memoria Anual del Área de Salud.

#### **Artículo 61.**

En cada Área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes.

Este artículo ha quedado derogado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (B.O.E. de 15 de noviembre de 2002) que entrará en vigor a los seis meses de su publicación.

#### **Artículo 62.**

1. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividirán en zonas básicas de salud.
2. En la delimitación de las zonas básicas deberán tenerse en cuenta:
  - a) Las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios.
  - b) El grado de concentración o dispersión de la población.
  - c) Las características epidemiológicas de la zona.
  - d) Las instalaciones y recursos sanitarios de la zona.

#### **Artículo 63.**

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria. Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y mediante

el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, 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. Como medio de apoyo técnico para desarrollar la actividad preventiva, existirá un Laboratorio de Salud encargado de realizar las determinaciones de los análisis higiénico-sanitarios del medio ambiente, higiene alimentaria y zoonosis.

#### **Artículo 64.**

El Centro de Salud tendrá las siguientes funciones;

- a) Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.
- b) Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.
- c) Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
- d) Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.
- e) Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

#### **Artículo 65.**

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.
2. El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.
3. En todo caso, se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

#### **Artículo 66.**

1. Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de hospitales del sector público. Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten.
2. Los protocolos serán objeto de revisión periódica.

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

#### **Artículo 67.**

1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior se realizará mediante convenios singulares.

2. El Convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocas en cuanto a duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para el desarrollo de esta Ley. El régimen de jornada de los hospitales a que se refiere este apartado será el mismo que el de los hospitales públicos de análoga naturaleza en el correspondiente ámbito territorial.

3. En cada Convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del Sistema Sanitario se imparte en condiciones de gratuidad por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo. El cobro de cualquier cantidad a los enfermos en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de éstas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.

4. Serán causas de denuncia del Convenio por parte de la Administración Sanitaria competente las siguientes:

- a) Prestar atención sanitaria objeto de Convenio contraviniendo el principio de gratuidad.
- b) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas.
- c) Infringir las normas relativas a la jornada y al horario del personal del hospital establecidas en el apartado 2.
- d) Infringir con carácter grave la legislación laboral de la Seguridad Social o fiscal.
- e) Lesionar los derechos establecidos en los artículos 16, 18, 20 y 22 de la Constitución cuando así se determine por Sentencia.
- f) Cualesquiera otras que se deriven de las obligaciones establecidas en la presente Ley.



5. Los hospitales privados vinculados con el Sistema Nacional de la Salud estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados.

**Artículo 68.**

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

**Artículo 69.**

1. En los Servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos.
2. La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud. La Administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad asistencial oídas las Sociedades científicas sanitarias. Los Médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo.
3. Todos los Hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial.

## **CAPITULO IV**

### **DE LA COORDINACIÓN GENERAL SANITARIA**

**Artículo 70.**

1. El Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias, en los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar, anual o plurianualmente.
2. La Coordinación General Sanitaria incluirá:
  - a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el

inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario y los mapas sanitarios nacionales.

b) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.

c) El marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.

3. El Gobierno elaborará los criterios generales de coordinación sanitaria de acuerdo con las previsiones que le sean suministradas por las Comunidades Autónomas y el asesoramiento y colaboración de los sindicatos y organizaciones empresariales.

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

#### **Artículo 71.**

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

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

#### **Artículo 72.**

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

### **Artículo 73.**

1. La coordinación general sanitaria se ejercerá por el Estado, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud.

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

### **Artículo 74.**

1. El Plan Integrado de Salud, que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria elaborados por el Gobierno de acuerdo con lo previsto en el artículo 70, recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. Asimismo relacionará las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación.

2. El Plan Integrado de Salud tendrá el plazo de vigencia que en el mismo se determine.

### **Artículo 75.**

1. 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.

2. Una vez comprobada la adecuación de los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas a los criterios generales de coordinación, el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado confeccionará el Plan Integrado de Salud que contendrá las especificaciones establecidas en el artículo 74 de la presente Ley.

### **Artículo 76.**

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. Corresponderá al Gobierno la aprobación definitiva de dicho Plan.

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.

#### **Artículo 77.**

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

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

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

### **CAPITULO V DE LA FINANCIACIÓN**

#### **Artículo 78.**

Los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas precisas para atender las necesidades sanitarias de todos los Organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas y para el desarrollo de sus competencias.

#### **Artículo 79.**

1. La financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a:

- a) Cotizaciones sociales.
- b) Transferencias del Estado, que abarcarán: La participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social. La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos. La compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud.
- c) Tasas por la prestación de determinados servicios.
- d) Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.
- e) Tributos estatales cedidos.

2. La participación en la financiación de los servicios de las Corporaciones Locales que deban ser asumidos por las Comunidades Autónomas se llevará a efecto, por un lado, por las propias Corporaciones Locales y, por otro, con cargo al Fondo Nacional de Cooperación con las Corporaciones Locales. Las Corporaciones Locales deberán establecer, además, en sus presupuestos las consignaciones precisas para atender a las responsabilidades sanitarias que la Ley les atribuye.

#### **Artículo 80.**

El Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será en todo caso con cargo a transferencias estatales.

#### **Artículo 81.**

La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.

#### **Artículo 82. (\*)**

La financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará según el Sistema de financiación autonómica vigente en cada momento.

Las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, elaborarán anualmente el presupuesto de gastos para dicha función, que deberá contener como mínimo la financiación establecida en el Sistema de Financiación Autonómica.

A efectos de conocer el importe de la financiación total que se destina a la asistencia sanitaria, las Comunidades Autónomas remitirán puntualmente al Ministerio de Sanidad y Consumo sus Presupuestos, una vez aprobados, y les informarán de la ejecución de los mismos, así como de su liquidación final.

(\*) Redacción dada por la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, vigente desde 01-01-2004

Redacción anterior:

- " La financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad

Social, según corresponda. En el caso de aquellas Comunidades Autónomas que tuvieran competencias para asumir las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida. No obstante, antes de efectuar el reparto se determinarán, en primer lugar, los gastos presupuestarios necesarios para la atención de los servicios comunes estatales y los relativos a centros especiales que, por su carácter, sea preciso gestionar de forma centralizada. La desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de la población protegida será anulada en el transcurso de diez años al ritmo de un 10 por 100 anual. Las Comunidades Autónomas elaborarán anualmente el anteproyecto del presupuesto general de gastos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de los servicios transferidos. Este anteproyecto se remitirá a los órganos competentes de la Administración del Estado para su integración y adaptación a los recursos disponibles del Sistema de la Seguridad Social, presentándolo después a las Cortes Generales para su aprobación. Los créditos iniciales serán globalmente integrados en el presupuesto de cada ejercicio que se autoricen a favor de la Comunidad Autónoma y tendrán carácter limitativo. No obstante, el presupuesto liquidado a final de los servicios transferidos se afectará en la proporción adecuada, a partir del criterio de población protegida, a la desviación presupuestaria, positiva o negativa, habida en los servicios no transferidos, deducidos los gastos correspondientes a los servicios comunes estatales y los relativos proporcionalmente a centros especiales. Los compromisos de gastos que se adquieran por cuantía superior de su importe deberán ser financiados con recursos aportados por la propia Comunidad Autónoma, salvo que provengan de disposiciones vinculantes dictadas con carácter general para todo el territorio del Estado, cuyo cumplimiento lleve implícito un incremento efectivo del gasto. La compensación entre Comunidades Autónomas por prestaciones de servicios se realizará en base al pago por proceso y, en su defecto, por las tarifas establecidas con otros criterios".

### **Artículo 83.**

Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes. A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido

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

## CAPITULO VI DEL PERSONAL

### **Artículo 84. (\*)**

1. El personal de la Seguridad Social regulado en el Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, el personal de las Entidades Gestoras que asuman los servicios no transferibles y los que desempeñen su trabajo en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, se registrarán por lo establecido en el Estatuto-Marco que aprobará el Gobierno en desarrollo de esta Ley, todo ello sin perjuicio de lo previsto en el artículo 87 de esta Ley.

2. Este Estatuto-Marco contendrá la normativa básica aplicable en materia de clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes, régimen disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo, garantizando la estabilidad en el empleo y su categoría profesional. En desarrollo de dicha normativa básica, la concreción de las funciones de cada estamento de los señalados en el apartado anterior se establecerá en sus respectivos Estatutos, que se mantendrán como tales.

3. Las normas de las Comunidades Autónomas en materia de personal se ajustarán a lo previsto en dicho Estatuto-Marco. La selección de personal y su gestión y administración se hará por las Administraciones responsables de los servicios a que estén adscritos los diferentes efectivos.

4. En las Comunidades Autónomas con lengua oficial propia, en el proceso de selección de personal y de provisión de puestos de trabajo de la Administración Sanitaria Pública, se tendrá en cuenta el conocimiento de ambas lenguas oficiales por parte del citado personal, en los términos del artículo 19 de la Ley 30/1984.

(\*) Apartado 1 derogado por la ley 55/2003, vigente desde 18-12-2003

### **Artículo 85.**

1. Los funcionarios al servicio de las distintas Administraciones Públicas, a efectos del ejercicio de sus competencias sanitarias, se registrarán por la Ley 30/1984, de 2 de agosto, y el resto de la legislación vigente en materia de funcionarios.

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

#### **Artículo 86.**

El ejercicio de la labor del personal sanitario deberá organizarse de forma que se estimule en los mismos la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de la enfermedad.

#### **Artículo 87.**

Los recursos humanos pertenecientes a los Servicios del Área se considerarán adscritos a dicha unidad de gestión, garantizando la formación y perfeccionamiento continuados del personal sanitario adscrito al Área. El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respeto de todas las condiciones laborales y económicas dentro del Área de Salud.

### **TITULO IV DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS PRIVADAS CAPITULO I**

#### **DEL EJERCICIO LIBRE DE LAS PROFESIONES SANITARIAS**

#### **Artículo 88.**

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

### **CAPITULO II DE LAS ENTIDADES SANITARIAS**

#### **Artículo 89.**

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

#### **Artículo 90.**

1. Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas. A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

2. A los efectos de establecimiento de conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo.



3. Las Administraciones Públicas Sanitarias no podrán concertar con terceros la prestación de atenciones sanitarias, cuando ello pueda contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

4. Las Administraciones Públicas dentro del ámbito de sus competencias fijarán los requisitos y las condiciones mínimas básicas y comunes, aplicables a los conciertos a que se refieren los apartados anteriores. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración.

5. Los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados por aquéllas, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente.

6. En cada concierto que se establezca, además de los derechos y obligaciones recíprocas de las partes, quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto será la misma para todos sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante.

#### **Artículo 91.**

1. Los centros y establecimientos sanitarios, sean o no propiedad de las distintas Administraciones Públicas, podrán percibir, con carácter no periódico, subvenciones económicas u otros beneficios o ayudas con cargo a fondos públicos, para la realización de actividades sanitarias calificadas de alto interés social.

2. En ningún caso los fondos a que se refiere el apartado anterior podrán ser aplicados a la financiación de las actividades ordinarias de funcionamiento del centro o establecimiento al que se le hayan concedido.

3. La concesión de estas ayudas y su aceptación por la entidad titular del centro o establecimiento sanitario estará sometida a las inspecciones y controles necesarios para comprobar que los fondos públicos han sido aplicados a la realización de la actividad para la que fueron concedidos y que su aplicación ha sido gestionada técnica y económicamente de forma correcta.

4. El Gobierno dictará un Real Decreto para determinar las condiciones mínimas y requisitos mínimos, básicos y comunes exigibles para que una actividad sanitaria

pueda ser calificada de alto interés social, y ser apoyada económicamente con fondos públicos.

#### **Artículo 92.**

1. La Administración Sanitaria facilitará la libre actividad de las Asociaciones de usuarios de la Sanidad, de las Entidades sin ánimo de lucro y Cooperativas de tipo sanitario, de acuerdo con la legislación aplicable, propiciando su actuación coordinada con el sistema sanitario público.

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

- a) Incluir como asociados a personas jurídicas con ánimo de lucro.
- b) Percibir ayudas o subvenciones de las Empresas o agrupaciones de Empresas que suministran bienes o productos a los consumidores o usuarios.
- c) Realizar publicidad comercial o no meramente informativa de servicios.
- d) Dedicarse a actividades distintas de la defensa de los intereses de los consumidores o usuarios, sin perjuicio de las prestaciones que obligatoriamente deben proporcionar a sus socios las Entidades cooperativas.
- e) Actuar con manifiesta temeridad, judicialmente apreciada.

#### **Artículo 93.**

No podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud, ni se podrán establecer conciertos con centros sanitarios privados, cuando en alguno de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores concurran las circunstancias que sobre incompatibilidades del sector público y el privado establezca la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

#### **Artículo 94.**

1. Los hospitales privados vinculados en la oferta pública estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios administrativos y económicos que los hospitales públicos.

2. La Administración Pública correspondiente ejercerá funciones de inspección sobre aspectos sanitarios administrativos y económicos relativos a cada enfermo atendido por cuenta de la Administración Pública en los centros privados concertados.

## TITULO V

### DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

#### CAPITULO UNICO

##### **Artículo 95.**

1. Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios, tanto para autorizar su circulación y uso como para controlar su calidad.

2. Para la circulación y uso de los medicamentos y productos sanitarios que se les asimilen, se exigirá autorización previa. Para los demás productos y artículos sanitarios se podrá exigir autorización previa individualizada o el cumplimiento de condiciones de homologación. No podrán prescribirse y se reputará clandestina la circulación de medicamentos o productos sanitarios no autorizados u 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 legislación sobre medicamentos y demás disposiciones que sean de aplicación. En especial se exigirá la realización de ensayos clínicos controlados.

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

##### **Artículo 96.**

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

2. La autoridad sanitaria podrá suspenderla o revocarla por causa grave de salud pública.

##### **Artículo 97.**

La Administración Sanitaria del Estado, de acuerdo con los tratados internacionales de los que España sea parte, otorgará a los medicamentos una denominación oficial española adaptada a las denominaciones comunes internacionales de la Organización Mundial de la Salud, que será de dominio público y lo identificará

apropiadamente en la información a ellos referida y en sus embalajes, envases y etiquetas. Las marcas comerciales no podrán confundirse ni con las denominaciones oficiales españolas ni con las comunes internacionales.

#### **Artículo 98.**

1. El Gobierno codificará las normas de calidad de los medicamentos obligatorias en España.
2. El Formulario Nacional contendrá las directrices según las cuales se prepararán, siempre con sustancias de acción e indicación reconocidas, las fórmulas magistrales por los farmacéuticos en sus oficinas de farmacia.

#### **Artículo 99.**

Los importadores, fabricantes y profesionales sanitarios tienen la obligación de comunicar los efectos adversos causados por medicamentos y otros productos sanitarios, cuando de ellos pueda derivarse un peligro para la vida o salud de los pacientes.

#### **Artículo 100.**

1. La Administración del Estado exigirá la licencia previa a las personas físicas o jurídicas que se dediquen a la importación, elaboración, fabricación, distribución o exportación de medicamentos y otros productos sanitarios y a sus laboratorios y establecimientos. Esta licencia habrá de revalidarse periódicamente.

Lo anterior se entenderá sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas en relación con los establecimientos y las actividades de las personas físicas o jurídicas que se dediquen a la fabricación de productos sanitarios a medida. En todo caso los criterios para el otorgamiento de la licencia previa serán elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. La Administración del Estado establecerá normas de elaboración, fabricación, transporte y almacenamiento.
3. Los laboratorios fabricantes y los mayoristas contarán con un Director Técnico Farmacéutico o Titulado Superior suficientemente cualificado, de acuerdo con las directivas farmacéuticas de la Comunidad Económica Europea.

#### **Artículo 101.**

1. La licencia de los medicamentos y demás productos sanitarios y de las entidades a que se refiere el artículo 96, a su otorgamiento y anualmente, devengarán las tasas necesarias para cubrir los costes de su evaluación y control. Para evitar solicitudes

especulativas de licencias, modificaciones y revalidaciones periódicas, la Administración podrá exigir fianza antes de su admisión a trámite.

2. En la determinación del importe de las tasas y fianzas se tendrán en cuenta reglas objetivas tendentes a estimular la comercialización de medicamentos y productos sanitarios peculiares para dar acceso al mercado a las Empresas medianas y pequeñas, por razones de política industrial, o para fomentar el empleo.

#### **Artículo 102.**

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

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

#### **Artículo 103.**

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

a) A las oficinas de farmacia legalmente autorizadas.

b) A los servicios de farmacia de los hospitales, de los Centros de Salud y de las estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones o para los que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención a la salud.

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

3. Las oficinas de farmacia estarán sujetas a la planificación sanitaria en los términos que establezca la legislación especial de medicamentos y farmacias.

4. Sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público.

**TITULO VI**  
**DE LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN**  
**CAPITULO I**  
**DE LA DOCENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

**Artículo 104.**

1. Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.

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

3. Las Administraciones Públicas competentes en educación y sanidad establecerán el régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en las que se debe impartir enseñanza universitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la Medicina y Enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran. Las bases generales del Régimen de Concierto preverán lo preceptuado en el artículo 149.1.30 de la Constitución.

4. Las Universidades deberán contar, al menos, con un Hospital y tres Centros de Atención Primaria universitarios o con función universitaria para el ejercicio de la docencia y la investigación, concertados según se establezca por desarrollo del apartado anterior.

5. Dichos centros universitarios o con funciones universitarias deberán ser programados, en lo que afecta a la docencia y a la investigación, de manera coordinada por las autoridades universitarias y sanitarias, en el marco de sus competencias. A estos efectos, deberá preverse la participación de las Universidades en sus órganos de gobierno.

6. Las Administraciones Públicas competentes en educación y sanidad promoverán la revisión permanente de las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades de la sociedad española.

Asimismo dichos Departamentos favorecerán la formación interdisciplinar en Ciencias de la Salud y la actualización permanente de conocimientos.

## **Artículo 105.**

1. En el marco de la planificación asistencial y docente de las Administraciones públicas, el régimen de conciertos entre las Universidades y las instituciones sanitarias podrá establecer la vinculación de determinadas plazas asistenciales de la institución sanitaria con plazas docentes de los cuerpos de profesores de Universidad.

Las plazas así vinculadas se proveerán por concurso entre quienes hayan sido seleccionados en los concursos de acceso a los correspondientes cuerpos de funcionarios docentes universitarios, conforme a las normas que les son propias.

Quienes participen en las pruebas de habilitación, previas a los mencionados concursos, además de reunir los requisitos exigidos en las indicadas normas, acreditarán estar en posesión del título de médico especialista o de farmacéutico especialista que proceda y cumplir las exigencias que, en cuanto a su cualificación asistencial, se determinen reglamentariamente. En la primera de dichas pruebas, las Comisiones deberán valorar los méritos e historial académico e investigador y los propios de la labor asistencial de los candidatos, en la forma que reglamentariamente se establezca.

En las Comisiones que resuelvan los mencionados concursos de acceso, dos de sus miembros serán elegidos por sorteo público por la institución sanitaria correspondiente.

2. Los conciertos podrán establecer, asimismo, un número de plazas de profesores asociados que deberá cubrirse por personal asistencial que esté prestando servicios en la institución sanitaria concertada. Este número no será tenido en cuenta a efectos del porcentaje de contratados que rige para las Universidades públicas. Estos profesores asociados se regirán por las normas propias de los profesores asociados de la Universidad, con las peculiaridades que reglamentariamente se establezcan en cuanto al régimen temporal de sus contratos. Los Estatutos de la Universidad deberán recoger fórmulas específicas para regular la participación de estos profesores en los órganos de gobierno de la Universidad.

3. Los conciertos establecerán, asimismo, el número de plazas de ayudante y profesor ayudante doctor, en las relaciones de puestos de trabajo de las Universidades públicas, que deberán cubrirse mediante concursos públicos entre profesionales sanitarios que hubieran obtenido el título de especialista en los tres años anteriores a la convocatoria del concurso.

## CAPITULO II DEL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### **Artículo 106.**

1. Las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo.
2. La investigación en biomedicina y en ciencias de la salud habrá de desarrollarse principalmente en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud. La investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

### **Artículo 107.**

1. Con el fin de programar, estimular, desarrollar, coordinar, gestionar, financiar y evaluar la investigación, los Departamentos de Sanidad del Estado y de las Comunidades Autónomas podrán crear los Organismos de investigación que consideren oportunos, de acuerdo con la política científica española.
2. Deberán coordinarse los programas de investigación y de asignación a los mismos de recursos públicos de cualquier procedencia, a efectos de conseguir la máxima productividad de las inversiones.
3. Los Organismos de investigación tendrán capacidad para establecer sus programas prioritarios y para acreditar unidades de investigación. Tendrán garantizada su autonomía y podrán proporcionarse financiación de acuerdo con los criterios generales sanitarios y de investigación.

### **Artículo 108.**

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

### **Artículo 109.**

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

- a) Establecimiento de un presupuesto anual mínimo de investigación, consistente en un 1 por 100 de los presupuestos globales de salud, que se alcanzará progresivamente a partir de la promulgación de la presente Ley.



b) Evaluación sanitaria y económica de las inversiones en investigación.

**Artículo 110.**

Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria.

**TITULO VII  
DEL INSTITUTO DE SALUD "CARLOS III"  
CAPITULO UNICO**

**Artículo 111.**

1. Se constituye, como órgano de apoyo científico-técnico del Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, el Instituto de Salud "Carlos III".

2. El Instituto de Salud "Carlos III" tendrá la naturaleza de Organismo autónomo de la Administración del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Artículo 112.**

1. La estructura, organización y régimen de funcionamiento del Instituto de Salud "Carlos III" se regulará por Real Decreto. En todo caso, contará con un Consejo de Dirección cuyo Presidente será el Ministro de Sanidad y Consumo.

2. El Instituto de Salud "Carlos III" desarrollará sus funciones en coordinación con el Consejo Interterritorial de Salud a que se refiere el artículo 47 de la presente Ley y en colaboración con otras Administraciones Públicas. Tales funciones serán:

- a) Formación especializada del personal al servicio de la salud y gestión sanitaria.
- b) Microbiología, virología e inmunología.
- c) Alimentación, metabolismo y nutrición.
- d) Control de medicamentos y productos sanitarios.
- e) Sanidad ambiental.
- i) Control de productos biológicos.
- g) Control sanitario de alimentos.
- h) Control sanitario de productos químicos potencialmente peligrosos.
- i) Epidemiología y sistemas de información.
- j) Control de las enfermedades infecciosas e inmunológicas.
- k) Control de las enfermedades crónicas.
- l) Investigación clínica.

- m) Investigaciones sobre genética y reproducción humana.
- n) Ciencias sociales y económicas aplicadas a la salud.
- ñ) Fomento y coordinación de las actividades de investigación biomédica y sanitaria, en el marco de la Ley de Fomento y Coordinación general de la Investigación Científica y Técnica.
- o) Educación sanitaria de la población.
- p) Cualesquiera otras de interés para el Sistema Nacional de Salud que le sean asignadas.

### **Artículo 113.**

El Instituto de Salud "Carlos III", así como los órganos responsables de la sanidad de las Comunidades Autónomas podrán proponer al Ministerio de Sanidad y Consumo la designación como unidades asistenciales de referencia nacional a aquellas que alcancen el nivel sanitario de investigación y docencia que reglamentariamente se determine para acceder a tal condición. El Ministerio de Sanidad y Consumo dictará las normas que regulen la concesión de la acreditación de unidades de referencia nacional, el acceso a dichas unidades de los usuarios del sistema y el régimen económico a ellas aplicable.

## **DISPOSICIONES ADICIONALES**

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA.**

1. En los casos de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra, la financiación de la asistencia sanitaria del Estado se regirá, en tanto en cuanto afecte a sus respectivos sistemas de concertos o convenios, por lo que establecen, respectivamente, su Estatuto de Autonomía y la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero.
2. En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, no obstante lo dispuesto en el artículo 82, la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que se transfiera, será la que se establezca en los convenios a que hace referencia la disposición transitoria quinta del Estatuto de Autonomía del País Vasco.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA.**

El Gobierno adoptará los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria. Al objeto de desarrollar lo anterior, podrán establecerse convenios con las Comunidades Autónomas.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA.**

Se regulará, con la flexibilidad económico-presupuestaria que requiere la naturaleza comercial de sus operaciones, el órgano encargado de la gestión de los depósitos de estupefacientes según lo dispuesto en los tratados internacionales, la medicación extranjera y urgente no autorizada en España, el depósito estratégico para emergencias y catástrofes, las adquisiciones para programas de cooperación internacional y los suministros de vacunas y otros que se precisen en el ejercicio de funciones competencia de la Administración del Estado.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL CUARTA.**

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

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINTA.**

En el Sistema Nacional de Salud, a los efectos previstos en el artículo 10, apartado 14, y en el artículo 18.4, se financiarán con fondos públicos los nuevos medicamentos y productos sanitarios más eficaces o menos costosos que los ya disponibles. Podrán excluirse, en todo o en parte, de la financiación pública, o someterse a condiciones especiales, los medicamentos y productos sanitarios ya disponibles, cuyas indicaciones sean sintomatológicas, cuya eficacia no esté probada o los indicados para afecciones siempre que haya para ellos una alternativa terapéutica mejor o igual y menos costosa.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SEXTA.**

1. Los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con su Estatuto. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinará con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.
2. La coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizará mediante una Comisión integrada por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma, cuyo Presidente será designado por el Estado en la forma que reglamentariamente se determine.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SÉPTIMA.**

Los centros y establecimientos sanitarios que forman parte del patrimonio único de la Seguridad Social continuarán titulados a nombre de la Tesorería General, sin perjuicio de su adscripción funcional a las distintas Administraciones Públicas Sanitarias.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL OCTAVA.**

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.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL NOVENA.**

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. Para 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 coordinación y demás circunstancias a que alude el artículo 70 de la presente Ley en el plazo máximo de dieciocho meses, contados a partir de la entrada en vigor de la misma.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL DÉCIMA.**

El nombramiento como directores técnicos de extranjeros, al que alude el artículo 100.3, sólo se autorizará cuando así lo establezcan los tratados internacionales suscritos por España y los españoles gocen de reciprocidad en el país del que aquéllos sean nacionales.

## **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA.**

1. Las Corporaciones Locales que en la actualidad disponen de servicios y establecimientos sanitarios que lleven a cabo actuaciones que en la presente Ley se adscriban a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, establecerán de

mutuo acuerdo con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas un proceso de transferencia de los mismos.

2. No obstante lo establecido en el apartado anterior, la adscripción funcional a que se refiere el artículo 50.2 de la presente Ley se producirá en la misma fecha en que queden constituidos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Desde este instante, las Comunidades Autónomas financiarán con sus propios presupuestos el coste efectivo de los establecimientos y servicios que queden adscritos a sus Servicios de Salud.

3. Las Corporaciones Locales y las Comunidades Autónomas podrán establecer acuerdos a efectos de la financiación de las inversiones nuevas y las de conservación, mejora y sustitución de los establecimientos.

4. En todo caso, hasta tanto entre 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, que se actualizará anualmente para la financiación de los establecimientos adscritos funcionalmente a dichos servicios. No se considerarán, a estos efectos, las cantidades que puedan proceder de conciertos con el Instituto Nacional de la Salud.

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

#### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA.**

El Gobierno, teniendo en cuenta el carácter extraterritorial del trabajo marítimo, determinará en su momento la oportuna coordinación de los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Social de la Marina con los distintos Servicios de Salud.

#### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA.**

1. El Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

2. Las Comunidades Autónomas deberán acordar la creación, organización y puesta en funcionamiento de sus Servicios de Salud en el plazo máximo de doce meses, a partir del momento en que quede culminado el proceso de transferencias de servicios que corresponda a sus competencias estatutarias.

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

#### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA CUARTA.**

Las posibles transferencias a realizar en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a favor de las Comunidades Autónomas, que puedan asumir dicha gestión deberán acomodarse a los principios establecidos en esta Ley.

#### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA QUINTA.**

La extensión de la asistencia sanitaria pública a la que se refieren lo artículos 3.2, y 20 de la presente Ley se efectuará de forma progresiva.

### **DISPOSICIONES DEROGATORIAS**

#### **DISPOSICIÓN DEROGATORIA 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.

#### **DISPOSICIÓN DEROGATORIA 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**

#### **DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA.**

Con objeto de alcanzar los objetivos que en materia de formación pregraduada, postgraduada y especialización sanitaria se señalan en el título VI, el Gobierno, en el plazo de dieciocho meses a partir de la publicación de la presente Ley, regularizará, aclarará y armonizará los siguientes textos legales:

- La base tercera del Ley de 25 de noviembre de 1944, sobre la Escuela Nacional de Sanidad.
- El párrafo segundo del artículo primero de la Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre los hospitales como centros de formación y especialización.

- La Ley de 20 de julio de 1955, el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, y el Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, sobre especialidades de la profesión médica.
- La ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.
- Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

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

#### **DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA.**

Hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno en el plazo de dieciocho meses contados a partir de la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de:

1. La asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo a que se refiere el artículo 20.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social de 30 de mayo de 1974, y disposiciones concordantes, tanto del Régimen General como de los Regímenes Especiales, incluidos los regulados por leyes específicas: Agrario, Trabajadores del Mar y Funcionarios Civiles del Estado y al servicio de la Administración de Justicia y los miembros de las Fuerzas Armadas a que se refiere el artículo 195 de la Ley 85/1978, de 28 de diciembre.
2. La asistencia médico farmacéutica a los funcionarios y empleados de la Administración Local.
3. La asistencia sanitaria de la Sanidad Nacional a que se refiere la Ley de 25 de noviembre de 1944; el artículo segundo, apartado uno; disposición final quinta, apartado dos, del Decreto ley 13/1972, de 29 de diciembre, y disposiciones concordantes incluida la asistencia psiquiátrica, de enfermedades transmisibles y la correspondiente a la beneficencia general del Estado.
4. La asistencia sanitaria general y benéfica de las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos a que se refieren las bases 23 y 24 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, la Ley de Régimen Local y disposiciones concordantes.
5. La asistencia sanitaria a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos 3. y 4. de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre, y disposiciones concordantes.

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

#### **DISPOSICIÓN FINAL TERCERA.**

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

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

b) La participación y colaboración de los Hospitales Militares y Servicios Sanitarios de las Fuerzas Armadas en el Sistema Nacional de Salud, y su armonización con lo previsto en los artículos 195 y 196 de la Ley 85/1978, para garantizar, dentro de sus posibilidades, su apoyo al Sistema Nacional de Sanidad.

c) La plena integración en el Sistema Nacional de Salud de los Hospitales Clínicos o Universitarios y las peculiaridades derivadas de sus funciones de enseñanza, formación e investigación.

d) La participación en el Sistema Nacional de Salud de los Laboratorios de Aduanas y del control de las exportaciones e Importaciones. La Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, dispondrán sobre la participación en el Sistema Nacional de Salud de los Laboratorios de Investigación Agraria y Ganadera 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. El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministerios interesados dispondrá que los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Mutuas de Accidentes, Mutualidades e Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro puedan ser objeto de integración en el Sistema Nacional de Salud, siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos.

#### **DISPOSICIÓN FINAL CUARTA.**

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 con carácter general los requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.



## DISPOSICIÓN FINAL QUINTA.

Para alcanzar los objetivos de la presente Ley y respetando la actual distribución de competencias, el Gobierno, en el plazo máximo de dieciocho meses, a partir de la publicación de la misma, refundirá, regularizará, aclarará y armonizará, de acuerdo con los actuales conocimientos epidemiológicos, técnicos y científicos, con las necesidades sanitarias y sociales de la población y con la exigencia del sistema sanitario, las siguientes disposiciones:

1. Ley 45/1978, de 7 de octubre -párrafo tercero de su disposición adicional-, sobre orientación y planificación familiar.
2. Ley 13/1982, de 7 de abril -artículo 9 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., 6., 7., 8., 9., 10, 11, 12, 13, 14 y 15 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, sobre enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación, estadísticas sanitarias, tuberculosis reumatismo, cardiopatías, paludismo, tracoma, enfermedades sexuales, lepra, dermatosis, cáncer, sanidad maternal e infantil, higiene mental y asistencia psiquiátrica.
8. La base 25 -párrafo tercero y siguiente- de la Ley de 25 de noviembre de 1944 y la Ley 13/1980, de 31 de marzo -artículo 9., 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 quinta, 2, del Decreto-ley 13/1972, de 29 de diciembre.
10. Las bases 17 y 26 de la Ley de 25 de noviembre de 1944 sobre zoonosis transmisibles de higiene de la alimentación.

#### **DISPOSICIÓN FINAL SEXTA.**

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 valores 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.

#### **DISPOSICIÓN FINAL SÉPTIMA.**

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

#### **DISPOSICIÓN FINAL OCTAVA.**

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 la Comunidades Autónomas u otras Administraciones Públicas.

#### **DISPOSICIÓN FINAL NOVENA.**

Se autoriza al Gobierno para adaptar la estructura y funciones de los Organismos y Entidades adscritos al Ministerio de Sanidad y Consumo y, entre ellos, el Instituto Nacional de la Salud a los principios establecidos en la presente Ley, así como para regular la organización y régimen y desarrollar las competencias de los Organismos autónomos estatales que en esta Ley se crean.

#### **DISPOSICIÓN FINAL DÉCIMA.**

A los efectos de esta Ley, se consideran funcionarios sanitarios de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social los incluidos en los Cuerpos y Escalas sanitarios del Estatuto de Personal del extinguido Instituto Nacional de Previsión, de Asesores

Médicos del extinguido Mutualismo Laboral y de la Escala de Inspectores Médicos del Instituto Social de la Marina.

#### **DISPOSICIÓN FINAL UNDÉCIMA.**

Se autoriza al Gobierno para fusionar o integrar Cuerpos y funcionarios sanitarios de las Administraciones Públicas y Entidades Gestoras de la Seguridad Social, a efectos de facilitar la gestión del personal y homologar los regímenes jurídicos de la relación de empleo, sin perjuicio de las atribuciones que confiere al Gobierno el artículo 26.4 de la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública.

#### **DISPOSICIÓN FINAL DUODÉCIMA.**

El Gobierno determinará las condiciones y el régimen de funcionamiento de los servicios sanitarios, en relación con el cumplimiento de las competencias que tiene adscritas la Seguridad Social en materia de inválidos, incapacidad laboral.

#### **DISPOSICIÓN FINAL DECIMOTERCERA.**

Se adscriben al Instituto de Salud "Carlos III":

- a) El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
- b) El Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria.
- c) El Centro Nacional de Farmacobiología.
- d) El Centro Nacional de Sanidad Ambiental.
- e) La Escuela de Sanidad Nacional y la Escuela de Gerencia Hospitalaria.
- i) El complejo sanitario del Hospital del Rey.

#### **DISPOSICIÓN FINAL DECIMOCUARTA.**

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

#### **DISPOSICIÓN FINAL DECIMOQUINTA.**

Para una mejor utilización de los recursos humanos, el personal a que se refieren los artículos 84 y 85 de esta Ley podrá ocupar indistintamente puestos de trabajo en las Administraciones Sanitarias del Estado o de las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de los requisitos de titulación y otros que se exijan en las relaciones de puestos de trabajo de las distintas Administraciones.

# Ley 41/2002, de 14 de noviembre: Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Boletín Oficial del Estado número 274, de 15 de noviembre de 2002.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

Últimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben.

Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

De otra parte, esta Ley, a pesar de que fija básica mente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica

generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

En septiembre de 1997, en desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, tuvo lugar un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, en el que se debatieron los principales aspectos normativos y judiciales en la materia. Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de expertos a quienes se encargó la elaboración de unas directrices para el desarrollo futuro de este tema. Este grupo suscribió un dictamen el 26 de noviembre de 1997, que ha sido tenido en cuenta en la elaboración de los principios fundamentales de esta Ley.

La atención que a estas materias otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso un notable avance como reflejan, entre otros, sus artículos 9, 10 y 61. Sin embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad. Así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. Esta defensa de la confidencialidad había sido ya defendida por la Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre, en la que, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos que, cuando estén incluidos en normas de rango de Ley, pueden justificar una excepción motivada a los derechos del paciente. Se manifiesta así una concepción comunitaria del derecho a la salud, en la que, junto al interés singular de cada individuo, como destinatario por excelencia de la información relativa a la salud, aparecen también otros agentes y bienes jurídicos referidos a la salud pública, que deben ser considerados, con la relevancia necesaria, en una sociedad democrática avanzada. En esta línea, el Consejo de Europa, en su Recomendación de 13 de febrero de 1997, relativa a la protección de los datos médicos, después de afirmar que deben recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, indica que la información puede restringirse si así lo dispone una Ley y constituye una medida necesaria por razones de interés general.

Todas estas circunstancias aconsejan una adaptación de la Ley General de Sanidad con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias. Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

## CAPÍTULO 1

### PRINCIPIOS GENERALES

#### **Artículo 1. Ámbito de aplicación**

La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

#### **Artículo 2. Principios básicos.**

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libre mente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

### **Artículo 3. Las definiciones legales.**

A efectos de esta Ley se entiende por:

**Centro sanitario:** el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

**Certificado médico:** la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.

**Consentimiento informado:** la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

**Documentación clínica:** el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

**Historia clínica:** el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

**Información clínica:** todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

**Informe de alta médica:** el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

**Intervención en el ámbito de la sanidad:** toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

**Libre elección:** la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

**Médico responsable:** el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso



asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Servicio sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.

Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

## CAPÍTULO II

### EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA

#### **Artículo 4. Derecho a la información asistencial**

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

#### **Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.**

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

#### **Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.**

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

### **CAPÍTULO III**

#### **DERECHO A LA INTIMIDAD**

##### **Artículo 7. El derecho a la intimidad.**

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

### **CAPÍTULO IV**

#### **EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE**

##### **Artículo 8. Consentimiento informado.**

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

#### **Artículo 9. Límites del consentimiento informado y con sentimiento por representación.**

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
  - a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
  - b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible con seguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

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

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

#### **Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.**

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

#### **Artículo 11. Instrucciones previas.**

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de

expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libre mente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

#### **Artículo 12. Información en el Sistema Nacional de Salud.**

1. Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema

Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

2. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

3. Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo.

### **Artículo 13. Derecho a la información para la elección de médico y de centro.**

Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes.

## **CAPÍTULO V LA HISTORIA CLÍNICA**

### **Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.**

1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.
2. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audio visual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
3. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.
4. Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

### **Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.**

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.
2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento

veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso cuando dudoso sea el resultado de una necesario resulta el previo consentimiento del paciente

a) La documentación relativa a la hoja clínico- estadística.

b) La autorización de ingreso.

c) El informe de urgencia.

d) La amnesia y la exploración física.

e) La evolución.

f) Las órdenes médicas.

g) La hoja de interconsulta.

h) Los informes de exploraciones complementarias.

i) El consentimiento informado.

j) El informe de anestesia.

k) El informe de quirófano o de registro del parto.

l) El informe de anatomía patológica.

m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

n) La aplicación terapéutica de enfermería.

ñ) El gráfico de constantes.

o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3. La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

4. La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

#### **Artículo 16. Usos de la historia clínica**

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que

realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2. Cada centro establecerá los métodos que posibilitem en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

#### **Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.**

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aun que no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.



2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.
3. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.
4. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.
5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.
- 6: Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

#### **Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.**

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

#### **Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.**

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

### **CAPÍTULO VI**

#### **INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

##### **Artículo 20. Informe de alta**

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

##### **Artículo 21. El alta del paciente.**

1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alter nativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

##### **Artículo 22. Emisión de certificados médicos.**

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Estos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

### **Artículo 23. Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.**

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA. Carácter de legislación básica.**

Esta Ley tiene la condición de básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1. y 16.a de la Constitución.

El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta Ley.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA. Aplicación supletoria.**

Las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA. Coordinación de las historias clínicas.**

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL CUARTA. Necesidades asociadas a la discapacidad.**

El Estado y las Comunidades Autónomas, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, dictarán las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley.

**DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINTA. Información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios.**

La información, la documentación y la publicidad relativas a los medicamentos y productos sanitarios, así como el régimen de las recetas y de las órdenes de prescripción correspondientes, se regularán por su normativa específica, sin perjuicio de la aplicación de las reglas establecidas en esta Ley en cuanto a la prescripción y uso de medicamentos o productos sanitarios durante los procesos asistenciales.

**DISPOSICIÓN ADICIONAL SEXTA. Régimen sancionador.**

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del Título 1 de la Ley 14/1 986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en derecho.

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA. Informe de alta**

El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta Ley.

**DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA. Derogación general y de preceptos concretos.**

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley y, concretamente, los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10, el apartado 4 del artículo 11 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

**DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA. Entrada en vigor.**

La presente Ley entrará en vigor en el plazo de seis meses a partir del día siguiente al de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”.

## Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.

Boletín Oficial de Cantabria número 248, de 18 de diciembre de 2002.

Boletín Oficial del Estado número 6, de 7 de enero de 2003.

### PREÁMBULO

I. El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud a los ciudadanos españoles, siendo atribución de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Al mismo tiempo, determina que los derechos y deberes relativos a la protección de la salud se erigen en materia objeto de reserva legal, lo que implica que su contenido y alcance han de ser fijados por el legislador ordinario, siempre en el marco de la distribución competencial establecida en los artículos 148.1.21.º y 149.1.16.º y 17.º de nuestra Norma Fundamental.

Por su parte, los apartados 4 y 5 del artículo 25 del Estatuto de Autonomía para Cantabria establecen que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria, dentro del marco de la legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social, así como la ordenación farmacéutica. Más adelante, el apartado 1 del artículo 26 expresa que corresponde a la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos que establezcan las Leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

El primer gran traspaso de competencias desde la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria se materializa a través del Real Decreto 2030/1982, de 24 de julio, de traspaso de competencias, funciones y servicios del Estado en materia de sanidad a Cantabria. Posteriormente se aprobará el Real Decreto 2760/1986, de 24 de diciembre, que supuso el traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones que venía realizando la Administración del Estado a través del organismo autónomo "Administración Institucional de la Sanidad Nacional" (AISNA).

De otra parte, en el ámbito estatal se promulga la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, norma de carácter básico, que constituye la bóveda del sistema sanitario español. En efecto, la Ley define el marco sanitario en el que, actualmente, se desarrolla la atención a la salud en España. Así, se definen los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la Administración sanitaria, la estructura del Sistema Sanitario Público y las competencias del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las entidades locales. Se diseña, pues, un modelo de ordenación sanitaria cuyo objetivo es la creación paulatina y progresiva de un sistema nacional de salud, configurado por el conjunto de los Servicios de salud de las Comunidades Autónomas, debidamente coordinados e integrados, en cada caso, por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad Autónoma, municipios o cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

El marco legal creado por la Ley General de Sanidad se completa con la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública, que faculta a las distintas Administraciones públicas, dentro del ámbito de sus competencias, a adoptar medidas de intervención sanitaria excepcionales cuando así lo exijan razones de urgencia o necesidad, y con la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que tiene por objeto delimitar las competencias de las Comunidades Autónomas en esta materia y garantizar la existencia y disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, la adecuada información sobre los mismos y las condiciones básicas de la prestación farmacéutica en el conjunto del sistema nacional de salud. Más recientemente, cabe citar la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud, y la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de los servicios de las oficinas de farmacia, que persigue la mejora en la atención farmacéutica a la población, fijando los procedimientos y criterios que deben adoptar las Comunidades Autónomas en la gestión de las oficinas de farmacia.

Particularmente, resulta imprescindible citar, dentro de la legislación estatal que se debe tener en cuenta para una correcta definición y ordenación de la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria, el marco legal que ampara la habilitación de nuevas formas de gestión aplicables al entorno sanitario. Así, la Ley 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión en el sistema nacional de salud amplía las formas organizativas para la gestión de los centros sanitarios, modificando el anterior Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio. La nueva redacción establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directa o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad

pública admitidas en Derecho. Esta normativa se completa con la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, y el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud.

II. Desde el punto de vista de la Comunidad Autónoma de Cantabria, y tras la reforma estatutaria operada por la Ley Orgánica 11/1998, de 30 de diciembre, se culmina el traspaso competencial que, en materia de asistencia sanitaria, ha sido efectuado a favor de las Comunidades Autónomas. De esta forma se ha podido avanzar de manera decisiva en el grado de autogobierno de Cantabria y en el desarrollo del Estado de las Autonomías previsto en el Título VIII de nuestra norma fundamental. Así, el Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, traspasa a la Comunidad Autónoma de Cantabria las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, atribuyéndose las mismas al Servicio Cántabro de Salud, en los términos de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, según dispone el Decreto 3/2002, de 23 de enero.

En este sentido, la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud, instituye un organismo público que representa un elemento básico en la ordenación sanitaria de Cantabria, articulándose como un organismo autónomo, adscrito a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. El Servicio Cántabro de Salud se constituye, pues, como un organismo dotado de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, con patrimonio propio y gestión autónoma de sus medios materiales y personales, aunque sometido en sus directrices al impulso político emanado del Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales y, en última instancia, de los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma.

Deben destacarse, finalmente, otras normas con rango de Ley en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria que completan el entorno normativo en el que actualmente se despliegan las actuaciones sanitarias en Cantabria. En primer lugar, cabe señalar la Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria, pionera en la regulación de la salud mental y de los trastornos adictivos. Posteriormente, la Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias, permitió abordar desde una perspectiva sanitaria, social y preventiva el fenómeno del consumo de drogas como cuestión decisiva en materia de salud pública. La Ley de Cantabria 6/1998, de 15 de mayo, de Estatuto del Consumidor y Usuario en Cantabria, constituye otro importante hito en la legislación sanitaria cántabra en cuanto que

atribuye a los usuarios de servicios sanitarios la condición legal de consumidores, reconociendo el derecho a la salud y la seguridad de los mismos y abordando determinadas cuestiones en materia de salud pública. Por su parte, la Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia supone la implantación de un modelo de atención sociosanitaria en nuestra región. Asimismo, la Ley de Cantabria 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria, procede a la ordenación jurídica y la planificación en materia de farmacia. Finalmente, desde el punto de vista de la organización administrativa, debe citarse la Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud.

Se han promulgado pues, en el período comprendido entre 1996 y 2001, seis Leyes que constituyen el precedente sanitario inmediato de la Ley de Ordenación Sanitaria, que representa la culminación de un sistema autonómico en materia de sanidad, orientado hacia la calidad de las prestaciones públicas y el bienestar de los ciudadanos.

En este momento histórico para el desarrollo y definición del sistema nacional de salud dentro del modelo de descentralización de la asistencia sanitaria previsto en nuestra Constitución, resulta necesario, en aras de impulsar el modelo autonómico, ejercer por parte de la Comunidad Autónoma de Cantabria la capacidad de legislar en el ámbito de sus competencias, dictando normas con rango de Ley que ordenen y desarrollen la competencia sanitaria asumida. Se legitima así el proceso emprendido, al aprobarse en el seno del Parlamento autonómico, entendiéndose que la vertebración de las competencias en materia de asistencia sanitaria queda finalizada, con carácter general, mediante la aprobación de una Ley autonómica de ordenación sanitaria.

III. Los principios básicos del modelo sanitario de Cantabria, contenidos en la presente Ley, emanan de la propia Ley General de Sanidad, consagrando de manera explícita el aseguramiento público, la universalización de las prestaciones, la financiación pública, la equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales, la búsqueda de la eficacia y la eficiencia de la organización sanitaria, con un énfasis especial en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, la mejora continua de la calidad de los servicios, la descentralización, la autonomía y la responsabilidad en la gestión, así como la participación de los ciudadanos y de los profesionales.

Pero, junto con los principios básicos del modelo previstos en la Ley Básica, la presente Ley aborda de manera decidida algunas de las carencias observadas en el



modelo sanitario español que la Ley General de Sanidad instauró hace ya más de quince años.

El aspecto, sin duda fundamental, en torno al cual gira la presente Ley es la consideración del ciudadano como eje del sistema sanitario, principio y fin de todas las actuaciones públicas en materia de salud, tanto de manera individual como colectiva. Así, el desarrollo exhaustivo de sus derechos y deberes constituye una de las partes esenciales de la presente Ley. Entre aquéllos, hay que destacar el avance decisivo en el derecho a la libre elección de médico, especialista y centro, sin otras limitaciones que las derivadas de la necesidad de organizar los servicios en torno a este derecho.

También se avanza de manera decisiva en la protección de los derechos que emanan de los principios básicos de respeto a la autonomía y voluntad del paciente en relación con los tratamientos recibidos en el sistema sanitario. El desarrollo de estos derechos, contemplados en la presente Ley, se inspira tanto en los compromisos adoptados por el Estado Español en esta materia, como en el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, así como en las normas elaboradas y promulgadas a nivel central y en algunas Comunidades Autónomas.

Otras claves orientadas a la consideración del ciudadano como centro del sistema son la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada y la continuidad de cuidados del paciente crónico, así como la regulación de la historia clínica.

Pero nuestro modelo sanitario no debe olvidar el papel decisivo de los profesionales de la salud en el modelo sanitario de Cantabria, como única vía para garantizar que el ciudadano disfrute plenamente de la protección de su salud y los derechos contenidos en la presente Ley. Así, en su articulado se sientan las bases para el desarrollo de una carrera profesional y un nuevo marco de relación laboral con el Sistema Sanitario Público de Cantabria, que permitirá potenciar su dedicación y responsabilidad hacia el sistema, para lo cual se deben establecer los mecanismos necesarios que definan claramente el desarrollo de su ejercicio y competencia profesional.

Constituye otro de los ejes de la Ley el concepto de Sistema Autonómico de Salud, definido como el conjunto de los establecimientos, centros y servicios sanitarios existentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria, cualesquiera que sean su titularidad y dependencia. Esta amplia concepción del Sistema supone que existe un núcleo irreductible de principios y obligaciones de la Ley que son aplicables a todos los recursos sanitarios, ya sean públicos o privados, pues todos ellos se encuentran subordinados a la satisfacción del interés general y a la protección de la salud de los

ciudadanos como bien jurídico de primera necesidad. Por ello, la intervención administrativa es universal en aspectos fundamentales como los derechos y deberes de los usuarios, los aspectos éticos derivados de la relación entre el profesional y el paciente o los requisitos mínimos en materia de autorizaciones sanitarias.

Dentro de este marco de mínimos aplicable al conjunto de recursos sanitarios, públicos y privados, constituye una parte esencial del Sistema Autonómico de Salud el denominado Sistema Sanitario Público de Cantabria y, dentro de él, el Servicio Cántabro de Salud como fundamental proveedor de servicios sanitarios en el contexto de un aseguramiento y financiación públicos.

En este marco organizativo quedan perfectamente delimitadas las competencias entre el Gobierno de Cantabria y el Servicio Cántabro de Salud, reservándose aquél, entre otras, a través de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, el ejercicio de la autoridad sanitaria, la determinación de los criterios, directrices y prioridades de la política de salud en la Comunidad Autónoma de Cantabria, la fijación de necesidades y el establecimiento de los criterios generales de planificación.

Otro elemento fundamental que pretende ser una de las señas de identidad del modelo sanitario de Cantabria es la potenciación real y decisiva de la docencia y la investigación sanitarias como motor de un Sistema Autonómico de Salud de alta calidad, que asegure la vinculación real entre las actividades asistenciales, docentes e investigadoras en todo el sistema y, de manera especial, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, creando para ello las herramientas necesarias.

IV. En cuanto al contenido de la Ley, en el Título I se definen el objeto, los titulares de derechos y deberes en materia de salud, y los principios rectores que deben impregnar todas las actuaciones que en materia de salud se desarrollen en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

El Título II aborda la definición y desarrollo del Sistema Sanitario Público de Cantabria, como garante del aseguramiento y financiación pública de las prestaciones sanitarias, a través del Servicio Cántabro de Salud fundamentalmente, estableciendo la organización funcional del sistema, así como las materias relacionadas con el personal al servicio del Sistema Sanitario Público y la financiación.

Para la mejor prestación de la asistencia sanitaria se regulan las Zonas Básicas de Salud y las Áreas de Salud, si bien, dadas las características geográficas de nuestra Comunidad Autónoma, se prevé el establecimiento de programas asistenciales que eliminen el carácter limitativo de las Áreas de Salud para la prestación de servicios y para la movilidad de los pacientes, en un contexto en el que irá predominando de

manera creciente la libertad de elección de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

Hay que destacar también la importancia que se otorga al desarrollo de un plan autonómico de urgencias y emergencias sanitarias y la inclusión definitiva de la atención a la salud mental dentro del sistema sanitario, así como los centros asistenciales dedicados al tratamiento de personas con trastornos adictivos. De esta manera, se alcanza uno de los objetivos previstos en el Capítulo III de la Ley General de Sanidad respecto a la total equiparación de la persona que sufre enfermedades mentales con el resto de ciudadanos que padecen otro tipo de padecimientos.

Otro elemento fundamental de este Título II es el asentamiento de unas bases sobre las que elaborar un modelo de carrera profesional para todo el Sistema Sanitario Público de Cantabria que incluya la experiencia y capacitación profesional, así como la actividad docente, investigadora y de gestión sanitaria; todo ello con el propósito de propiciar la incentivación y competencia entre los profesionales y la mejora de la calidad asistencial.

Con respecto al personal, además de la consideración integral de los recursos humanos que forman parte del Sistema Sanitario Público de Cantabria, se introducen en el texto mecanismos que permitirán avanzar en la calidad de la prestación del servicio respetando los derechos de los profesionales. En este sentido, la Ley introduce, como ya se ha señalado, el derecho a la carrera profesional estableciendo como vértice de su articulación reglamentaria el principio de uniformidad. Igualmente, en las disposiciones adicionales se habilita al Gobierno de Cantabria para determinar las condiciones y el procedimiento de integración del personal funcionario y laboral que presta servicios asistenciales en la condición de personal estatutario. En todo caso, la regulación que del régimen jurídico del personal estatutario se realiza en la presente Ley se encuentra subordinada a la aprobación del Estatuto Marco previsto en el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la disposición final primera de la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y Provisión de Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

El Título III está dedicado a los ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud, positivando el catálogo de derechos y deberes de los mismos en relación con la salud y la atención sanitaria, garantizando así la plena efectividad del derecho a la protección de la salud. En el mismo Título se regula la participación de aquéllos en el Sistema Sanitario Público, haciendo eco del mandato constitucional de la participación del ciudadano tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control. Esta

participación se materializa a través de dos órganos de carácter consultivo y de asesoramiento: el Consejo Asesor de Salud de Cantabria, como órgano superior, y los Consejos de Salud de Área, como órganos colegiados que existirán en cada Área de Salud y que estarán coordinados con aquél. Por último, también regula las garantías que otorgan efectividad real a los derechos y obligaciones reconocidos en esta Ley.

Por su parte, el Título IV regula la distribución de competencias que, en materia de sanidad, asumen las Administraciones públicas de Cantabria en el Sistema Sanitario Público que diseña esta Ley.

El Título V traza las líneas generales de elaboración, contenido y aprobación del Plan de Salud de Cantabria, instrumento que permitirá llevar a cabo de forma integral los fines de planificación estratégica y ordenación del Sistema Autonómico de Salud por parte de los poderes públicos.

Por lo que respecta al Título VI, se pormenoriza sobre la diversidad de actuaciones en materia de salud que habrá de atender la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria, incidiendo de forma específica en la salud pública, en la salud laboral y en los diversos ámbitos que afectan a la atención integral de la salud, asegurando la continuidad de la asistencia tanto en actividades de promoción de la salud como de curación y de rehabilitación, promoviendo la mejora de la calidad a todos los niveles. En el marco de estas actuaciones se otorga especial relevancia a la regulación de la historia clínica. Se regula a continuación en este Título la intervención pública, así como el régimen sancionador en materia de salud.

En el Título VII, y en función de la consideración del Sistema Autonómico de Salud como instrumento que combina las actuaciones de todos los ámbitos dedicados a la salud en Cantabria, se regulan diversas fórmulas de colaboración con el sector sanitario privado.

En aras a la optimización de los recursos humanos, materiales y científicos que desarrollen todas las actividades que contempla la Ley se fomentan, en el Título VIII, actuaciones de docencia e investigación sanitarias, que constituyen así una decidida apuesta por la calidad y la excelencia del Sistema.

Por último, el Título IX moderniza aspectos organizativos puntuales de una histórica institución de la sanidad de Cantabria: la Fundación “Marqués de Valdecilla”, cuya actual regulación se contiene en sus Estatutos, aprobados por Decreto 9/1998, de 9 de febrero. De la misma se hace depender el nuevo Instituto de Formación e Investigación “Marqués de Valdecilla”, que se constituye como órgano de apoyo

científico-técnico integrado en la Fundación, así como el Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria, pretendiéndose así la potenciación de la hemodonación.

En efecto, mediante el Decreto 68/1988, de 10 de noviembre, sucesivamente modificado por el Decreto 43/1990, de 11 de julio, y el Decreto 170/1991, de 23 de diciembre, se creó y reguló el funcionamiento y estructura de la Red Hemoterápica de Cantabria. De acuerdo con la mencionada normativa, la gestión hemoterápica en la Comunidad Autónoma de Cantabria se atribuía al Consejo Regional de Hemoterapia, órgano colegiado integrado por representantes del Gobierno de Cantabria, el Instituto Nacional de la Salud y la Hermandad de Donantes de Sangre. Asimismo, las disposiciones señaladas regulaban el Banco de Sangre de Cantabria, con el carácter de centro comunitario de transfusión, en el que se integraban funcionalmente personal del Servicio de Hematología-Hemoterapia de Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y de la antigua Dirección General de Sanidad y Consumo del Gobierno de Cantabria.

La configuración del Banco de Sangre de Cantabria, en los términos de los Decretos antecitados, no pasaba de ser un mero programa de actuación, circunstancia que exige el otorgamiento de específica carta de naturaleza jurídica en aras a la potenciación de su funcionamiento. En este sentido, es preciso recalcar la significativa importancia que tienen la adecuada planificación y gestión de las actividades hemoterápicas, así como la necesidad de un estricto control y supervisión de su adecuada realización. A este respecto, debe destacarse la necesidad de un funcionamiento ágil, eficaz y eficiente de la Administración autonómica en este sector de actuación, que permita dar un servicio efectivo al conjunto de los ciudadanos.

Las consideraciones expuestas aconsejan crear un órgano integrado en la Fundación “Marqués de Valdecilla”, en el cual se incluyan, asimismo, las actividades propias de los bancos de tejidos, lo que redundará en una gestión integral más eficiente de los recursos y de las competencias asumidas en esta materia. Con ello, se permitirá dar pronta y adecuada respuesta por personal especializado al acto voluntario y altruista que supone la donación de sangre, mediante el establecimiento de una organización que se encargue de la preparación y conservación de los componentes sanguíneos y de los tejidos y que asegure su distribución a los centros asistenciales para su uso terapéutico.

Señalado lo anterior, cabe concluir que la presente Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria pretende ser, en suma, una Ley para el siglo XXI que defina un nuevo tipo de relación entre el ciudadano y el sistema sanitario, que supere algunas de las

carencias observadas en el actual modelo sanitario español establecido por la Ley General de Sanidad y que gire de manera clara y decidida en torno al usuario desde una visión que va más allá de lo puramente asistencial. Para ello se garantizan derechos, unos ya previstos en la Ley General de Sanidad, y otros de más reciente desarrollo legal, doctrinal y jurisprudencial, todos ellos inspirados en el respeto más profundo de la dignidad de la persona y de la expresión de su voluntad. Es, precisamente, en las situaciones de pérdida de la salud, donde nuestro modelo sanitario garantizará la libertad de elección de médico y de centro, tanto en atención primaria como en atención especializada. Esta libertad de elección se basará en una completa información, donde el médico de atención primaria ejercerá su labor asesora. Por otra parte, la libre elección de médico será un factor incentivador del profesional, al estar plenamente vinculada a su reconocimiento económico y profesional. Todo ello, junto a los demás instrumentos y herramientas recogidas en la presente Ley, persiguen como objetivo último preservar y proteger la salud de los ciudadanos de Cantabria.

## TÍTULO I

### DISPOSICIONES GENERALES

#### **Artículo 1. Objeto.**

1. La presente Ley tiene por objeto la ordenación de las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la Constitución Española, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Cantabria y en el marco de las competencias que le atribuye su Estatuto de Autonomía.
2. Para ello, la presente Ley regula el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria, estableciendo los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios, así como los instrumentos que garantizan su cumplimiento.

#### **Artículo 2. Ámbito de aplicación.**

Las disposiciones contenidas en la presente Ley serán de aplicación a las diferentes actividades y dispositivos sanitarios, tanto individuales como colectivos, ya sean de titularidad pública o privada, que se realicen en materia sanitaria en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos y con el alcance que se disponga en la propia Ley.

### **Artículo 3. Titulares.**

1. Son titulares de los derechos y deberes regulados en esta Ley todas las personas que residan en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
2. Las personas no residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria serán titulares de los mismos derechos y deberes en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.
3. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado anterior, se garantizará a todas las personas la atención en situación de urgencia o emergencia.

### **Artículo 4. Principios rectores.**

1. El ciudadano constituye el eje fundamental del Sistema Autonómico de Salud. A tal efecto se garantizará el respeto a su personalidad, intimidad y autonomía, propiciando su capacidad de elección y el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva.
2. Para el mejor cumplimiento de lo dispuesto en el apartado anterior la ordenación y las actuaciones del Sistema Autonómico de Salud estarán informados por los siguientes principios rectores:
  - a) Concepción integral de la salud y de la atención sanitaria, mediante la creación e impulso de programas de coordinación con los ámbitos social y sociosanitario, y el desarrollo de actuaciones preventivas y de promoción de la salud.
  - b) Universalidad de la atención sanitaria prestada por el Sistema Sanitario Público, garantizando la equidad en el acceso a los servicios y a las actuaciones sanitarias, así como en la asignación de los recursos, superando las desigualdades territoriales o sociales en la prestación de los servicios sanitarios.
  - c) Garantía en el aseguramiento y financiación pública de las prestaciones sanitarias del Sistema Sanitario Público de Cantabria, así como en la realización de actuaciones diagnósticas y terapéuticas dentro de unos límites temporales, previamente establecidos y conocidos por los usuarios.
  - d) Continuidad en los cuidados, especialmente de las personas que padecen enfermedades crónicas.

- e) Humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual.
- f) Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos, garantizando la coordinación entre la atención primaria de salud y la atención especializada y potenciando las actuaciones sanitarias en torno a los procesos.
- g) Descentralización y desconcentración del Sistema Sanitario Público de Cantabria.
- h) Coordinación de los recursos del conjunto del Sistema Autonómico de Salud.
- i) Eficacia, efectividad, eficiencia y flexibilidad de la organización sanitaria.
- j) Mejora continua en la calidad de los servicios, con un enfoque especial a la atención personal y a la confortabilidad del paciente y sus familiares.
- k) Responsabilidad y participación de los profesionales sanitarios en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.
- l) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
- m) Promoción de la docencia e investigación en ciencias de la salud como elementos fundamentales del progreso del Sistema Autonómico de Salud que incrementen el fundamento científico de las actuaciones sanitarias.
- n) Promoción del interés individual, familiar y social por la salud, mediante una adecuada educación para la salud y hábitos de vida saludables, y una correcta información sobre los recursos y servicios sanitarios existentes.
- ñ) Participación en la vertebración del Sistema Nacional de Salud, propiciando la adecuación de las actuaciones en materia de prestaciones sanitarias, sistemas de información, docencia e investigación en la Comunidad Autónoma de Cantabria a las establecidas en cada momento para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- o) Cooperación y coordinación entre el Sistema Sanitario Público de Cantabria y las Administraciones sanitarias del resto de las Comunidades Autónomas, con el objeto de preservar los derechos de los ciudadanos en materia de prestaciones asistenciales y de garantías en salud pública.

#### **Artículo 5. Sistema Autonómico de Salud.**

1. A los efectos de la presente Ley, el Sistema Autonómico de Salud está constituido por todos los establecimientos, centros y servicios sanitarios



existentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria, cualesquiera que sean su titularidad y dependencia. El Sistema Autonómico de Salud está integrado por:

- a) El Sistema Sanitario Público de Cantabria.
  - b) La red sanitaria de titularidad privada.
2. Las actuaciones sanitarias que se desarrollen en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria incluyen las asistenciales y restauradoras de la salud, las preventivas de promoción y educación para la salud, las de planificación y gestión sanitaria, así como las de evaluación, inspección y seguimiento de las actividades en materia de salud.

## TÍTULO II

### DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA

#### CAPÍTULO I

#### DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ESTRUCTURA

##### **Artículo 6. Definición.**

1. A los efectos de la presente Ley, el Sistema Sanitario Público de Cantabria es el conjunto de recursos, medios personales, materiales y organizativos, funciones, prestaciones y actuaciones sanitarias del Sistema Autonómico de Salud, procedentes de las Administraciones públicas de la Comunidad Autónoma y de los organismos públicos y las entidades, de naturaleza o titularidad pública, vinculadas o dependientes de aquéllas y orientadas a satisfacer el derecho a la protección de la salud.
2. Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Cantabria serán las establecidas en cada momento en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y las que se incluyan por acuerdo del Gobierno de Cantabria.
3. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Cantabria requerirá la aprobación del Gobierno de Cantabria, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, previo informe de la Consejería de Economía y Hacienda.

##### **Artículo 7. Características.**

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria se ajustará en sus características a los principios recogidos en la presente Ley.
2. Para lograr la extensión de sus servicios a toda la población en los términos previstos en la presente Ley, el Sistema Sanitario Público de Cantabria podrá utilizar cualquier recurso sanitario acreditado tanto en la Comunidad Autónoma de Cantabria como fuera de ella, utilizando con carácter preferente en la provisión de servicios los recursos sanitarios de titularidad pública.
3. Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos los usuarios, independientemente de que tengan o no derecho a la asistencia en el Sistema Sanitario Público de Cantabria, sin perjuicio de que dichos servicios les sean facturados.

##### **Artículo 8. Estructura.**

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria está integrado por:

- a) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Cantabria a través de la Consejería competente en materia de sanidad.
  - b) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Cántabro de Salud.
  - c) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos públicos o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho, vinculados o dependientes de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
  - d) Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de los municipios de la Comunidad Autónoma de Cantabria y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.
  - e) La red de oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios en lo relativo a la dispensación de medicamentos y productos sanitarios a los ciudadanos y la prestación del servicio de atención farmacéutica previstos en el catálogo de prestaciones sanitarias, en virtud de los conciertos que se establezcan entre la Administración y las corporaciones de derecho público competentes en materia farmacéutica.
2. Asimismo, el Sistema Sanitario Público de Cantabria podrá incluir entre los servicios sanitarios que presta a los destinatarios de la presente Ley, los desarrollados en los establecimientos sanitarios de otras Administraciones públicas o de ámbito privado, cuando sean financiados por el Gobierno de Cantabria, en los términos que prevean los respectivos acuerdos, convenios, conciertos, o cualquier otro instrumento admitido en Derecho.
  3. El Servicio Cántabro de Salud es el organismo público cuyos fines generales son la provisión de servicios de asistencia sanitaria y la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, en la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud, y en las disposiciones reglamentarias que las desarrollan.
  4. La dirección, control, inspección y evaluación de las actividades, servicios y recursos del Sistema Sanitario Público de Cantabria corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad.

## CAPÍTULO II

### ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA

#### **Artículo 9. Áreas de Salud.**

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria se organiza en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, que constituyen el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, y tienen como misión fundamental asegurar la accesibilidad y la continuidad de la atención en los distintos niveles de atención sanitaria.
2. La delimitación territorial de las diferentes Áreas de Salud se establecerá a través del correspondiente Mapa Sanitario Autonómico, que se aprobará mediante decreto por el Gobierno de Cantabria, atendiendo a factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, culturales y ambientales, y tendrá en cuenta la dotación de vías y medios de comunicación y las instalaciones sanitarias existentes.
3. Para la realización de programas y proyectos asistenciales, de investigación, docentes y de gestión que mejoren la calidad de los servicios ofertados a los ciudadanos y el desarrollo curricular de los profesionales, las Áreas de Salud no tendrán carácter limitativo de la prestación de servicios ni de la movilidad de los usuarios en el conjunto del Sistema Sanitario Público, todo ello sin menoscabo de los derechos que legalmente asistan a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Cantabria.
4. Cada Área de Salud contará con un Consejo de Salud como órgano de participación. Reglamentariamente se determinarán los órganos de dirección y gestión que en su caso correspondan.

#### **Artículo 10. Zonas Básicas de Salud.**

1. Con la finalidad de alcanzar la mayor eficacia en la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Público de Cantabria, cada Área se divide territorialmente en Zonas Básicas de Salud.
2. La Zona Básica de Salud es el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud y de acceso directo de la población a la asistencia sanitaria de manera continuada, integral y permanente.

3. Las Zonas Básicas de Salud serán delimitadas y modificadas en el Mapa Sanitario Autonómico por el Gobierno de Cantabria, atendiendo al grado de concentración o dispersión de la población, a las distancias máximas de los núcleos de población más alejados de los servicios y el tiempo de acceso utilizando los medios ordinarios de transporte disponibles en la zona.

### **CAPÍTULO III**

## **ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA**

### **Artículo 11. Organización funcional.**

1. La asistencia sanitaria se prestará de manera integrada a través de programas orientados a la prevención de las enfermedades, a su detección temprana y a su curación, a la rehabilitación, a la educación sanitaria y a la promoción de estilos de vida saludables.
2. Para la realización de este cometido, la asistencia se organizará, con carácter general, en los siguientes niveles de atención que, en todo caso, actuarán de manera coordinada:
  - a) Atención primaria.
  - b) Atención especializada.
3. El Sistema Sanitario Público de Cantabria garantizará, mediante la creación de unidades y programas específicos, la coordinación de la atención primaria y especializada, especialmente en lo relativo a la atención a las urgencias y emergencias sanitarias, a la atención a la salud mental y a las drogodependencias, a los planes de cuidados paliativos y a las enfermedades de baja prevalencia. Del mismo modo, se coordinará con los planes y programas sociosanitarios.

### **Artículo 12. Atención primaria.**

1. La atención primaria de salud constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Cantabria, y se caracteriza por prestar atención integral a la salud mediante el trabajo del equipo de atención primaria que desarrolla su actividad en la Zona Básica de Salud correspondiente.

2. La atención primaria de salud se prestará en el centro de salud, en los consultorios y en el domicilio de los usuarios, bien sea a demanda, de forma programada o bien con carácter urgente.
3. El equipo de atención primaria desarrollará funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con otros niveles y recursos sanitarios, de acuerdo con las directrices establecidas en el Plan de Salud.
4. Para el buen desarrollo de la atención integral a los problemas de salud de la población, los recursos sociales existentes en la Zona Básica de Salud pertenecientes a cualesquiera de las Administraciones públicas, se coordinarán con los Equipos de Atención Primaria participando de forma activa en los programas preventivos y asistenciales que éstos desarrollen en la zona.

#### **Artículo 13. Atención especializada.**

1. La atención especializada, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, se prestará en los hospitales y en los centros especializados de diagnóstico y tratamiento.
2. El hospital, junto a sus correspondientes centros de especialidades, constituye la estructura sanitaria responsable de la atención especializada, programada o urgente, de la población de su ámbito territorial, en régimen de ingreso, ambulatorio y domiciliario.
3. Además de las actuaciones de diagnóstico y tratamiento especializado, en el hospital se llevan a cabo actividades de promoción, prevención de la enfermedad, rehabilitación, investigación y docencia, en coordinación con otros niveles y recursos sanitarios y sociales de acuerdo con las directrices establecidas en el plan de salud.
4. A cada Área de Salud se le asignará un centro hospitalario de referencia, que ofertará los servicios adecuados a las necesidades de la población de acuerdo con el catálogo de prestaciones.
5. Sin perjuicio de lo anterior, se establecerán servicios y hospitales que, por sus características, prestarán asistencia especializada a más de un Área de Salud.
6. Se garantizará la coordinación y la continuidad entre los diferentes niveles de atención, así como en un mismo nivel, fomentando la asistencia por procesos y la gestión clínica.

#### **Artículo 14. Atención a las urgencias y emergencias sanitarias.**

1. La atención a las urgencias sanitarias recaerá sobre los servicios de urgencia de atención primaria, en coordinación con los centros hospitalarios y los servicios de urgencias y emergencias, en su caso.
2. Para su gestión se establecerá un plan autonómico de urgencias y emergencias sanitarias que definirá las medidas y actuaciones y articulará los mecanismos que garanticen una atención sanitaria urgente, suficiente y eficaz en cualquier punto del territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en un período de tiempo adecuado y con medios suficientes, conforme a las posibilidades que ofrece la evolución tecnológica y el avance de las ciencias médicas.

#### **Artículo 15. Atención a la salud mental y los trastornos adictivos.**

1. La atención a los problemas de salud mental se llevará a cabo según lo dispuesto en la Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria, en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen y en el plan autonómico de salud mental y asistencia psiquiátrica.
2. Las unidades de salud mental y las denominadas estructuras intermedias, tales como los centros de día psiquiátricos y los centros dedicados a tratamientos específicos, tendrán la consideración de centros especializados de diagnóstico y tratamiento, incluso cuando se ubiquen en dependencias adscritas a las estructuras de atención primaria.
3. La asistencia sanitaria a los trastornos adictivos se llevará a cabo por equipos multidisciplinares integrados en la red de dispositivos de salud mental, y se ajustará a lo dispuesto en la presente Ley y en la Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias, en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen y en el plan autonómico sobre drogas.

#### **Artículo 16. Atención sociosanitaria.**

La asistencia sanitaria a las personas en situaciones de dependencia se llevará a cabo de manera coordinada con lo dispuesto en la Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia, en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen y en el plan de atención sociosanitaria de Cantabria.

#### **Artículo 17. Otras estructuras.**

La Consejería competente en materia de sanidad, en el marco de la presente Ley, podrá autorizar o acordar el establecimiento de otras estructuras de

acuerdo con criterios de gestión o funcionales, para la prestación de servicios de atención primaria o especializada, atendiendo a razones de eficacia, nivel de especialización de los centros e innovación tecnológica.



## CAPÍTULO IV

### PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA

#### Artículo 18. Definición.

A los efectos de la presente Ley, se entiende por personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria el personal de los centros e instituciones sanitarias integrados en la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria o en los organismos públicos o entidades, de naturaleza o titularidad pública, vinculadas o dependientes de la misma.

#### Artículo 19. Régimen jurídico.

1. El personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria se regirá por las disposiciones que le sean aplicables, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo.
2. Se procederá a la regulación del régimen jurídico del personal estatutario que preste sus servicios en el Servicio Cántabro de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Estatuto Marco previsto en el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la disposición final primera de la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y Provisión de Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

#### Artículo 20. Órganos de representación y negociación.

El personal del Sistema Sanitario Público tendrá los órganos de representación y negociación que la legislación específica determine.

#### Artículo 21. Carrera profesional.

1. El personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria, y de manera preferente el personal facultativo y de enfermería, tendrá derecho a un sistema de carrera profesional que tendrá en cuenta, entre otros aspectos, la experiencia y capacitación profesional, así como la actividad docente, investigadora y de gestión sanitaria.
2. Reglamentariamente se desarrollará la articulación de la carrera profesional, basada en el principio de uniformidad, introduciendo fórmulas que propicien la competencia entre los profesionales y la mejora de la calidad asistencial, así como mecanismos de evaluación de los profesionales y fórmulas de incentivación.

## CAPÍTULO V

### FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA

#### **Artículo 22. Financiación.**

La financiación del Sistema Sanitario Público de Cantabria se regirá por lo dispuesto en las Leyes de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la restante normativa estatal o autonómica que resulte de aplicación.

**TÍTULO III**  
**DE LOS CIUDADANOS EN EL SISTEMA AUTONÓMICO DE SALUD**  
**CAPÍTULO I**  
**DERECHOS DE LOS CIUDADANOS EN RELACIÓN CON LA SALUD Y LA**  
**ASISTENCIA SANITARIA**

**Artículo 23. Principios generales.**

1. Los ciudadanos de Cantabria tendrán derecho al disfrute de un medio ambiente saludable con el adecuado control sanitario, así como a recibir información sobre los riesgos reales y potenciales para la salud de la comunidad, en los términos establecidos por la legislación vigente.
2. El derecho al disfrute de un medio ambiente saludable incluirá, como mínimo, la existencia de normas elaboradas por las Administraciones públicas referidas a:
  - a) La calidad de las aguas, del aire y de los alimentos.
  - b) El control y salubridad de residuos orgánicos e industriales.
  - c) El control y salubridad del transporte colectivo y la vivienda.
  - d) Las condiciones higiénicas de los lugares de esparcimiento, trabajo y convivencia humana.
  - e) La vigilancia epidemiológica.
3. La Administración sanitaria velará para que las actuaciones de promoción de la salud, prevención, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia se lleven a cabo en todo momento con pleno respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de los ciudadanos.
4. El desarrollo y la aplicación efectiva de los derechos de los ciudadanos en sus relaciones con el Sistema Autonómico de Salud se ajustarán a los principios generales de la ética aplicados a la sanidad y a las recomendaciones y acuerdos que en este terreno se produzcan en el contexto del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito internacional.
5. La autoridad sanitaria promoverá el desarrollo y aplicación de los derechos de los ciudadanos mediante la creación de programas y estructuras que permitan establecer sistemas de garantía, tanto en el Sistema Sanitario Público de Cantabria como en la red privada de centros sanitarios.

6. La Administración sanitaria promoverá en particular la creación, acreditación y supervisión de la actividad de los comités de ética asistencial y en la investigación clínica.

#### **Artículo 24. Derechos relacionados con la promoción y protección de la salud y la prevención de la enfermedad.**

1. Los ciudadanos tienen derecho a ser informados por la autoridad sanitaria de los problemas de salud de la colectividad que supongan un riesgo real, una incidencia significativa o un interés para la comunidad, mediante información difundida en términos comprensibles, veraces y adecuados para la protección de la salud.
2. Los ciudadanos tienen derecho a ser informados de los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud, así como a recibir información sobre su desarrollo.
3. Los ciudadanos tienen derecho a recibir prestaciones preventivas dentro del marco de la consulta habitual bajo la responsabilidad de los profesionales.
4. Los ciudadanos podrán rechazar aquellas acciones preventivas que se propongan, para situaciones que no comporten riesgos a terceros, sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa de salud pública.

#### **Artículo 25. Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación de las personas.**

1. Los ciudadanos tienen derecho al acceso a las prestaciones y a los servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente, sin que puedan ser objeto de discriminación por razón alguna.
2. Las personas que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen el derecho a recibir actuaciones y programas específicos, atendiendo a los recursos disponibles.
3. El ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.

#### **Artículo 26. Derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios.**

1. La autoridad sanitaria velará por el derecho de los ciudadanos a recibir, por cualquier medio de comunicación, información sanitaria clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada y de calidad, que posibilite el ejercicio autónomo

- y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud.
2. El derecho a disponer de una adecuada información sanitaria se facilitará por medio de las siguientes actuaciones:
    - a) El desarrollo de redes de información sanitaria integrada acreditada y de calidad, potenciando la utilización de las nuevas tecnologías que faciliten la obtención de la información por parte de los ciudadanos y profesionales.
    - b) La difusión directa de información sanitaria de interés para el ciudadano con especial énfasis en situaciones de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias.
    - c) La difusión de la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder el ciudadano, así como de la cartera de servicios, normas para su uso, accesibilidad, tecnologías disponibles, indicadores de calidad del servicio y listas de espera.
    - d) El fomento del autocontrol responsable en la información sanitaria.
    - e) El control de la publicidad sanitaria.
  3. En los centros sanitarios, los usuarios tendrán derecho a recibir información sobre:
    - a) La Carta de Derechos y Deberes como marco de relación entre el centro y los usuarios.
    - b) El funcionamiento general del centro y sus normas, las prestaciones y la cartera de servicios, así como las vías para obtener información complementaria.
    - c) La identidad de los profesionales bajo cuya responsabilidad se presta la atención sanitaria.
    - d) Los procedimientos para presentar sugerencias y reclamaciones, que deberán ser contestadas por el centro en los plazos y términos reglamentariamente establecidos.

#### **Artículo 27. Derechos relacionados con la educación para la salud.**

1. El Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería competente en materia de sanidad, desarrollará las actuaciones de educación para la salud necesarias con el fin de que los ciudadanos adquieran formación e información objetiva y desarrollen actitudes, hábitos y valores que fomenten estilos de vida saludables. Para ello promoverá estrategias de comunicación e información,

especialmente orientadas a los colectivos sociales donde puedan concurrir riesgos especiales.

2. Para la difusión de sus campañas institucionales sobre educación para la salud, la Administración sanitaria dispondrá de espacios gratuitos de publicidad en los medios de comunicación de titularidad pública del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

#### **Artículo 28. Derechos relacionados con el acceso a la atención sanitaria.**

1. El ciudadano tiene el derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos, los cuales ofrecerán una asistencia de calidad en el marco del aseguramiento público.
2. El ciudadano tiene derecho a la libre elección de médico, centro y servicio dentro del Sistema Sanitario Público de Cantabria, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley, sin otras limitaciones que las derivadas de las necesidades de la organización sanitaria, la calidad de la prestación, la continuidad de cuidados, el tratamiento por procesos y la disponibilidad efectiva en el momento que se necesite la prestación del servicio.
3. Los centros y servicios adaptarán progresivamente su organización al ejercicio del derecho a libre elección por parte de los usuarios del sistema, vinculando ésta a los incentivos profesionales y al desarrollo de la carrera profesional.
4. Para ejercer adecuadamente el derecho a libre elección, el usuario del Sistema Sanitario Público de Cantabria deberá estar suficientemente informado y contar con el asesoramiento del médico de atención primaria, a quien corresponde establecer la indicación de derivación a un especialista o servicio de atención especializada, canalizando las preferencias del paciente.
5. El profesional escogido por el usuario será su interlocutor principal y responsable del proceso dentro del Sistema Sanitario Público de Cantabria.
6. El usuario tiene derecho a obtener medicamentos y productos sanitarios para su salud en los términos que establece la legislación que resulte aplicable.
7. Superadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Cantabria, la Consejería competente en materia de sanidad promoverá el establecimiento y la regulación de mecanismos ágiles que permitan acceder a las personas a otros recursos asistenciales ubicados en Cantabria o en otras Comunidades Autónomas.

8. En el caso anterior, el derecho a la prestación se podrá ejercer siempre que se trate de un procedimiento diagnóstico o terapéutico científicamente acreditado. En todo caso se excluirá la participación en estudios experimentales como alternativa terapéutica.
9. Se reconoce el derecho a solicitar una segunda opinión de otro profesional con el objetivo de obtener información complementaria o alternativa sobre el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas de gran trascendencia, en los términos que reglamentariamente se determine.
10. Con el fin de facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios de asistencia sanitaria se fomentará la utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación, de manera que el consumo de tiempo requerido por el usuario en accesos, trámites y recepción de información, sea el mínimo posible y con las debidas garantías de confidencialidad y seguridad que prevé la legislación vigente.

**Artículo 29. Derechos relacionados con el respeto a la autonomía del paciente.**

1. Las actuaciones de carácter sanitario se someterán, salvo en los casos exceptuados expresamente en la presente Ley, al principio de autonomía del paciente.
2. El principio de autonomía alcanza su expresión, en la presente Ley, a través de:
  - a) El consentimiento informado.
  - b) La expresión de la voluntad con carácter previo.

**Artículo 30. Derecho al consentimiento informado.**

1. El consentimiento previo e inequívoco del usuario mayor de edad constituye un requisito indispensable para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
2. El consentimiento del usuario a que se le practiquen los procedimientos médicos citados deberá estar precedido de la información precisa, clara y completa por parte del equipo responsable de los mismos.
3. En los supuestos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o prácticas médicas que impliquen riesgos o inconvenientes notorios y previsibles para la salud del usuario, el consentimiento deberá formalizarse por escrito en la forma que reglamentariamente se determine.

4. Los usuarios del sistema sanitario podrán rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, estando obligados a registrar tal negativa por escrito, en la forma que reglamentariamente se determine.
5. En cualquier momento la persona afectada podrá revocar libremente su consentimiento.

### **Artículo 31. El consentimiento informado en régimen de representación.**

1. El consentimiento será otorgado en régimen de representación en los siguientes casos:
  - a) Cuando el médico responsable entienda que el usuario no está en condiciones de entender de manera clara, precisa y completa la información relativa al procedimiento diagnóstico o terapéutico indicado. Esta situación se recogerá en la documentación clínica, requiriendo entonces el consentimiento de sus representantes legales, de sus familiares o de personas allegadas.
  - b) Cuando el usuario haya sido declarado judicialmente incapacitado, en cuyo caso el consentimiento lo prestará el tutor o representante legal.
  - c) Cuando el usuario sea menor de edad, en cuyo caso el consentimiento lo prestará su representante, en los términos previstos en el artículo siguiente.
2. El consentimiento regulado en los párrafos a) y b) del apartado anterior deberá, además, contar con autorización judicial cuando de los procedimientos o prácticas se derive un gran peligro para la vida o la integridad física o psíquica del enfermo.

### **Artículo 32. El consentimiento informado en los menores.**

Los menores serán consultados cuando así lo aconsejen su edad y grado de madurez, y siempre valorando las posibles consecuencias negativas de la información suministrada.

### **Artículo 33. Excepciones al derecho al consentimiento informado.**

No será preciso el consentimiento del usuario en los siguientes supuestos:

- a) Cuando la no realización del procedimiento diagnóstico o terapéutico represente un riesgo para la salud pública. En estos casos deberá comunicarse a la autoridad judicial, en el plazo de veinticuatro horas, las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias.



- b) Cuando exista una situación de riesgo inmediato en la que la demora en la intervención médica pueda ocasionar perjuicios irreversibles o el fallecimiento del paciente.

#### **Artículo 34. La expresión de la voluntad con carácter previo.**

1. El usuario del Sistema Autonómico de Salud, mayor de edad y con plena capacidad de obrar, tiene derecho al respeto absoluto de su voluntad expresada con carácter previo, para aquellos casos en que las circunstancias del momento le impidan expresarla de manera personal, actual y consciente.
2. Esta voluntad deberá otorgarse por escrito, formalizándose por alguno de los siguientes procedimientos:
  - a) Ante notario. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos.
  - b) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuáles dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni relación laboral, patrimonial o de servicio, ni relación matrimonial ni de análoga afectividad a la conyugal con el otorgante.
3. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá un documento tipo a disposición de los usuarios, que incluirá la posibilidad de establecer el rechazo de los procedimientos de soporte vital, la petición de sedación y/o analgesia en los casos terminales, rechazar tratamientos que prolonguen temporal y artificialmente su vida, así como la constancia escrita de las personas en las que el usuario delega su representación.
4. El documento de voluntades se incorporará a la historia clínica del paciente.
5. Las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo serán vinculantes una vez inscritas en el Registro de voluntades adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, que se regulará reglamentariamente.
6. No se podrán tener en cuenta las voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto haya previsto a la hora de emitirlos. En estos casos se ha de hacer la correspondiente anotación razonada en la historia clínica del paciente.

### **Artículo 35. Derechos del enfermo afectado por un proceso en fase terminal.**

En toda circunstancia, el paciente tiene derecho a afrontar el proceso de su muerte con dignidad y a que sus familiares y personas próximas le acompañen en la intimidad y reciban el trato apropiado al momento. Este derecho incluye:

- a) Morir en pleno uso de sus derechos, y especialmente el que le permite rechazar tratamientos que le prolonguen temporal y artificialmente la vida.
- b) Recibir los tratamientos paliativos y aliviar el dolor, facilitándoseles en el entorno más adecuado, aun cuando dichos tratamientos pudieran suponer algún riesgo de acelerar el exitus.
- c) Morir acompañado de las personas que designe, especialmente de sus familiares o allegados, los cuales podrán recibir la orientación profesional adecuada.
- d) Recibir el duelo necesario tras su muerte en el centro sanitario.

### **Artículo 36. Derechos relacionados con la intimidad.**

1. El usuario de los servicios sanitarios tiene derecho a ser atendido en un medio que garantice su intimidad, dignidad, autonomía y seguridad. La efectividad de ese derecho incluye, entre otros:
  - a) Conocer la identidad y la misión de los profesionales que intervienen en su atención sanitaria.
  - b) Limitar, según su deseo, la presencia de investigadores, estudiantes u otros profesionales que no tengan una responsabilidad directa en la atención.
  - c) Solicitar la presencia de familiares o personas vinculadas a él, en todo momento.
2. El respeto a los derechos recogidos en el apartado anterior deberá ser en todo caso compatible con las normas de convivencia del centro sanitario y la correcta práctica médica, a juicio exclusivo del equipo médico responsable, cuyo criterio prevalecerá en situaciones de conflicto de intereses entre el derecho a la salud y el derecho a la intimidad.

### **Artículo 37. Derechos relacionados con la confidencialidad.**

1. El usuario del Sistema Autonómico de Salud tiene derecho a que se garantice la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en centros sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.

2. Este derecho se extenderá a cualquier información de carácter sanitario, incluidos los datos relativos a su constitución genética y aquellos otros que puedan obtenerse en virtud de los avances tecnológicos.
3. Los centros sanitarios han de adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refieren los apartados anteriores, y con tal efecto han de elaborar, en su caso, normas y procedimientos protocolizados para garantizar la legitimidad de todo acceso a los datos de los pacientes.

#### **Artículo 38. Derechos relacionados con la investigación y la experimentación.**

1. El paciente tiene derecho a conocer si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico o tratamiento que le son aplicados pueden ser utilizados para un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.
2. En todo caso será imprescindible la autorización previa y por escrito del paciente o de su representante y la aceptación por parte del médico y dirección del centro sanitario correspondiente, sin perjuicio de lo que determine la autoridad administrativa o, en su caso, la autoridad judicial.
3. Cuando el paciente no autorice el uso de tejidos o muestras biológicas provenientes de una biopsia o extracción se debe proceder a su eliminación como residuo sanitario, eliminación que se efectuará de acuerdo con la normativa vigente.
4. Los ciudadanos, sean o no pacientes del Sistema Autonómico de Salud, podrán participar en estudios de investigación y experimentación siempre y cuando éstos cumplan con las condiciones que se establezcan en la normativa que les resulte de aplicación.

#### **Artículo 39. Derechos relacionados con los resultados de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas.**

1. El paciente tiene derecho a ser informado de los resultados de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.
2. El paciente tiene derecho a disponer de aquellas preparaciones de tejidos o muestras biológicas que provengan de una biopsia o extracción, con la finalidad de recabar la opinión de un segundo profesional o para la continuidad de la asistencia en un centro diferente.

3. El paciente tendrá derecho a estar informado sobre la conservación de tejidos o muestras biológicas provenientes de una biopsia, extracción o donación debiendo obtenerse autorización para usos diferentes a su propio tratamiento.

**Artículo 40. Derechos relacionados con la información asistencial y la documentación clínica.**

1. El paciente es el titular del derecho a la información asistencial, respetando también su voluntad en el caso de que no quiera ser informado.
2. Se ha de informar a las personas vinculadas al paciente en la medida que éste lo permita expresa o tácitamente.
3. La forma y el contenido del derecho a la información se ajustarán a la finalidad de poner al alcance del paciente elementos de juicio suficientes para poder tomar decisiones en todo aquello que le afecte.
4. Para cumplir ese objetivo la información será veraz y se prestará a lo largo de todas las fases del proceso asistencial, en términos comprensibles para el paciente, incluyendo el diagnóstico, las consecuencias del tratamiento y las del no tratamiento, las alternativas terapéuticas y el pronóstico.
5. El paciente tiene derecho a disponer de la información escrita sobre su proceso asistencial y estado de salud en términos comprensibles, con el contenido fijado en las disposiciones vigentes, que en todo caso incluirá las actuaciones médicas y de enfermería, así como las de otros facultativos y profesionales sanitarios.
6. El paciente tiene derecho a recibir el informe del alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o interconsulta en atención especializada.
7. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También han de asumir la responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le apliquen una técnica o un procedimiento concretos.
8. En caso de incapacidad del paciente, éste ha de ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de la información debida a quien ostente su representación legal.

**Artículo 41. Derecho de acceso y conservación de la historia clínica.**

1. El paciente tiene derecho a acceder a la documentación de su historia clínica y a obtener una copia de los datos que en ella figuren. Corresponde a los centros

sanitarios regular el procedimiento para garantizar el acceso a la historia clínica.

2. El derecho del paciente a la documentación de la historia clínica no se podrá ejercer en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de los datos que sobre ellos figuren en la mencionada documentación, ni del derecho de los profesionales que han intervenido en su elaboración, que podrán invocar la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.
3. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica se podrá ejercer también por representación, siempre que esté debidamente acreditada.
4. El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Esta custodia ha de permitir la recogida, la recuperación, la integración y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad en los términos establecidos en la presente Ley.
5. En el caso de pacientes fallecidos, el acceso a su historia clínica se facilitará a las personas que acrediten ser titulares de un interés legítimo. Respecto al acceso a la historia clínica de otros familiares y personas allegadas, éstos podrán acceder a datos asistenciales pertinentes en el caso de que exista riesgo grave para su salud o cuando así lo establezca la autoridad judicial.

#### **Artículo 42. Derechos relacionados con la calidad asistencial.**

1. El ciudadano tiene derecho a una asistencia sanitaria de calidad humana, que incorpore en lo posible los adelantos científicos y que sea cuidadosa con sus valores, creencias y dignidad.
2. El ciudadano tiene derecho a conocer los resultados de la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios.
3. Los procesos asistenciales estarán definidos mediante procedimientos previamente documentados y avalados por organismos o instituciones de reconocido prestigio.
4. Los centros, establecimientos y servicios del Sistema Sanitario Público de Cantabria contarán con Cartas de Servicios en los términos previstos en el Decreto 109/2001, de 21 de noviembre.

## CAPÍTULO II

### DEBERES DE LOS CIUDADANOS EN RELACIÓN CON LA SALUD Y LA ATENCIÓN SANITARIA

#### **Artículo 43. Deber del buen uso de derechos, recursos y prestaciones.**

El ciudadano debe hacer buen uso de las prestaciones y derechos de acuerdo con sus necesidades de salud y en función de las disponibilidades del Sistema Sanitario.

#### **Artículo 44. Deber de cumplir las prescripciones sanitarias comunes y específicas.**

El ciudadano debe cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria y comunes a toda la población, así como aquellas específicas determinadas por los servicios sanitarios, sin perjuicio de ejercer el derecho a la libre elección entre las opciones terapéuticas y de renunciar a recibir el tratamiento médico o las actuaciones sanitarias propuestas, de acuerdo con los términos establecidos en la presente Ley.

#### **Artículo 45. Deber de respetar las actuaciones de promoción y prevención de la salud.**

El ciudadano debe respetar y cumplir las medidas sanitarias adoptadas por la autoridad sanitaria para la prevención de riesgos, protección de la salud y lucha contra las amenazas de la salud pública.

#### **Artículo 46. Deber de buen uso de instalaciones y servicios.**

El ciudadano debe utilizar de manera responsable las instalaciones y los servicios sanitarios con el fin de garantizar su conservación y funcionamiento correcto, de acuerdo con las normas correspondientes establecidas para cada centro o servicio sanitario.

#### **Artículo 47. Deber de respetar las normas y a los profesionales de los centros asistenciales.**

El ciudadano debe mantener el respeto a las normas establecidas en cada centro y a la dignidad personal y profesional de los trabajadores que prestan los servicios, así como a los otros enfermos o personas que se encuentren en los centros sanitarios.

#### **Artículo 48. Deber de identificación leal de la filiación y del estado físico y de salud.**

El ciudadano debe facilitar de forma leal y veraz los datos de identificación, así como los referentes a su estado físico y de salud, que sean necesarios para su proceso asistencial o por razones de interés general debidamente motivadas, siempre con la limitación que exige el respeto al derecho de intimidad y confidencialidad.

#### **Artículo 49. Deber de firmar la negativa a las actuaciones sanitarias.**

1. El ciudadano está obligado a firmar el documento pertinente en el caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas, especialmente en el que se pida el alta voluntaria o en lo referente a pruebas diagnósticas, actuaciones preventivas y tratamientos de especial relevancia para la salud del paciente. En este documento quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado de las situaciones que se puedan derivar de su negativa y que rechaza los procedimientos indicados.
2. En el supuesto de que el ciudadano se negara a firmar estos documentos, la dirección del correspondiente centro sanitario o servicio, en su caso, y a propuesta del facultativo de referencia, podrá dar el alta.

#### **Artículo 50. Deber de aceptar el alta.**

1. El ciudadano, en aras de un correcto uso de los servicios sanitarios, está obligado a aceptar el alta:
  - a) Una vez hubiese finalizado su proceso asistencial.
  - b) Cuando se hubiese comprobado que la situación clínica del paciente no mejoraría prolongando su estancia.
  - c) Cuando la complejidad del cuadro aconseje su traslado a un centro de referencia.
2. En cualquier caso el alta se realizará garantizando al paciente la atención más adecuada a su situación, si ésta fuera precisa.

### **CAPÍTULO III**

#### **LA PARTICIPACIÓN**

#### **Artículo 51. El derecho a la participación del ciudadano.**

1. De acuerdo con lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 9 y en el apartado 1 del artículo 129 de la Constitución Española y en los artículos 5 y 53 de la Ley

General de Sanidad, los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Cantabria tendrán derecho a participar en la política sanitaria y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de la vida o al bienestar en general.

2. La participación, tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control, es un derecho del ciudadano y de la sociedad en general, un valor social, una garantía de estabilidad y un instrumento de cooperación e información del Sistema Sanitario Público de Cantabria.
3. El derecho a la participación implica la responsabilidad en su ejercicio, y obliga a actuar con lealtad al interés general, al bien público y a la promoción del bienestar social.

#### **Artículo 52. El Consejo Asesor de Salud de Cantabria.**

El Consejo Asesor de Salud, regulado en la presente Ley y en el Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud, es el órgano superior de carácter consultivo y de participación dentro del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

#### **Artículo 53. Los Consejos de Salud de Área.**

1. En cada Área de Salud se establecerá un Consejo de Salud de Área, como órgano colegiado de participación ciudadana, con carácter consultivo y de asesoramiento, con la finalidad de efectuar, en su ámbito, el seguimiento de la ejecución de la política sanitaria, evaluación de la misma y asesoramiento a los órganos de dirección y gestión de aquél.
2. Los Consejos de Salud de Área estarán coordinados con el Consejo Asesor de Salud de Cantabria. La Consejería competente en materia de sanidad facilitará la documentación y medios precisos para el cumplimiento de sus funciones.
3. Reglamentariamente se establecerá la composición, organización, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área, que atenderá a criterios de participación de los usuarios, garantizando en todo caso la participación de las Administraciones Locales, las organizaciones sindicales más representativas en materia sanitaria, las organizaciones empresariales más representativas y las organizaciones sociales del Área correspondiente.



## CAPÍTULO IV

### GARANTÍAS DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS

#### **Artículo 54. Garantías del cumplimiento de los derechos y deberes.**

1. El Gobierno de Cantabria garantizará a los ciudadanos el pleno ejercicio del régimen de derechos y obligaciones reconocidos en la presente Ley, para lo que se establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de sus condiciones.
2. Para el cumplimiento de estas garantías, se llevarán a cabo las actuaciones siguientes:
  - a) Medidas para garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes.
  - b) Creación de una unidad específica de atención al usuario del Sistema Autonómico de Salud en la Consejería competente en materia de sanidad.

#### **Artículo 55. Medidas para garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes.**

1. El Gobierno de Cantabria garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a los servicios sanitarios en Cantabria, tanto en el Sistema Sanitario Público de Cantabria como en la red de centros de titularidad privada, que incluirá, entre otros, datos relativos a su organización, procedimientos de acceso, uso y utilización.
2. Se elaborará una Carta de Derechos y Deberes del Ciudadano en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria, que será suficientemente difundida a la población.
3. Los centros y establecimientos sanitarios públicos y privados, deberán disponer y, en su caso, tener permanentemente a disposición de los usuarios:
  - a) Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
  - b) Formularios de sugerencias y reclamaciones.
  - c) Personal y locales bien identificados para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público.

### **Artículo 56. Unidad de atención al usuario del Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.**

1. El Sistema Autonómico de Salud de Cantabria dispondrá de una unidad de atención al usuario, cuyo objeto será el diseño y puesta en marcha de un plan de humanización de la asistencia sanitaria.
2. La unidad de atención al usuario dependerá orgánicamente de la Consejería competente en materia de sanidad y ejercerá su cometido con autonomía funcional.
3. Esta unidad tendrá, entre otras, las siguientes misiones:
  - a) Recabar información sobre aspectos relativos al funcionamiento de los servicios del Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.
  - b) Recibir cuantas sugerencias u observaciones deseen realizar los ciudadanos en su relación con el Sistema Autonómico de Salud.
  - c) Favorecer la intermediación en los conflictos que planteen los ciudadanos como usuarios del Sistema Autonómico de Salud.
  - d) Canalizar todas aquellas quejas, reclamaciones o propuestas de los ciudadanos no resueltas en los distintos niveles del Sistema Autonómico de Salud.
  - e) Obtener, en los plazos y con los procedimientos que reglamentariamente se determinen, la información relativa a las quejas y reclamaciones formuladas por los usuarios de los servicios sanitarios.
4. La Consejería competente en materia de sanidad emitirá una memoria anual de la actividad de la unidad de atención al usuario, que reflejará y analizará el tipo de reclamaciones, quejas o sugerencias presentadas por los usuarios, así como las medidas adoptadas al efecto.
5. Todos los centros sanitarios de Cantabria, de titularidad pública o privada, tendrán la obligación de atender en los plazos y con los procedimientos que reglamentariamente se determinen los requerimientos formulados por esta unidad.

## TÍTULO IV

### DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE CANTABRIA

#### **Artículo 57. Principio general.**

Es función de las Administraciones públicas de Cantabria garantizar, bajo las directrices y objetivos de la presente Ley, el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a los ciudadanos, en los términos previstos en la misma.

#### **Artículo 58. Competencias del Gobierno de Cantabria.**

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponderán al Gobierno de Cantabria, en los términos establecidos en la presente Ley, las siguientes competencias:

- a) Dictar disposiciones de carácter general en materia de protección de la salud y de la asistencia sanitaria.
- b) Aprobar la inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario Público.
- c) Aprobar el plan de salud de Cantabria.
- d) Aprobar la estructura orgánica y las relaciones de puestos de trabajo del Servicio Cántabro de Salud.
- e) Nombrar y cesar al director gerente del Servicio Cántabro de Salud.
- f) Aprobar el mapa sanitario autonómico.
- g) Autorizar la celebración de convenios con otras Administraciones públicas para la prestación de servicios sanitarios.
- h) Acordar la creación de entidades de naturaleza o titularidad pública, dependientes de la Consejería competente en materia de sanidad o del Servicio Cántabro de Salud.
- i) Cualesquiera otras que le atribuya el ordenamiento vigente.

#### **Artículo 59. Competencias de la Consejería competente en materia de sanidad.**

Corresponden a la Consejería competente en materia de sanidad las siguientes competencias:

- a) El ejercicio de la autoridad sanitaria.
- b) Ejercer el desarrollo y control de la política de ordenación farmacéutica en Cantabria.

- c) Garantizar la ejecución de las actuaciones y programas en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.
- d) Ejercer la coordinación general de las prestaciones sanitarias, incluidas la prestación farmacéutica, así como la supervisión, inspección y evaluación de las mismas.
- e) Establecer la delimitación de las demarcaciones territoriales y la creación de las estructuras funcionales de su competencia.
- f) Adoptar medidas preventivas de protección de la salud cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente para la salud de la comunidad.
- g) Ejercer la dirección estratégica, inspección, evaluación y control de eficacia del Servicio Cántabro de Salud.
- h) Establecer y coordinar la política de convenios y conciertos con entidades públicas y privadas para la prestación de servicios sanitarios, así como la gestión de aquellos que reglamentariamente se determinen.
- i) Elaborar y elevar al Gobierno de Cantabria la propuesta del plan de salud de Cantabria.
- j) Ejercer la coordinación de los programas de investigación y recursos públicos de cualquier procedencia, a los efectos de conseguir la máxima productividad de las inversiones realizadas.
- k) Remitir a la Consejería de Economía y Hacienda el anteproyecto de presupuesto del Servicio Cántabro de Salud.
- l) Ejercitar las competencias de intervención pública para la protección de la salud.
- m) Fomentar la participación ciudadana en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.
- n) Desarrollar la estructura básica del sistema de información sanitaria de Cantabria, con especial referencia a la recopilación, elaboración y difusión de información epidemiológica general y específica.
- ñ) Ejercer el control de la publicidad sanitaria.
- o) Proponer al Gobierno de Cantabria la cartera de servicios de los centros sanitarios del Servicio Cántabro de Salud y de las entidades públicas adscritas al Sistema Sanitario Público de Cantabria.

- p) Proponer al Gobierno de Cantabria el nombramiento y cese del director gerente del Servicio Cántabro de Salud.
- q) Proponer al Gobierno de Cantabria la aprobación del mapa sanitario Autonómico.
- r) Ejercer la coordinación de los aspectos generales de la ordenación profesional y de la docencia e investigación sanitarias en Cantabria, en el marco de sus propias competencias.
- s) Cualesquiera otras que le atribuya el ordenamiento vigente.

#### **Artículo 60. Competencias de las entidades locales.**

1. De acuerdo con lo establecido en la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la presente Ley, las entidades locales tendrán competencias sanitarias, tanto en materia de salud pública como en materia de participación y gestión sanitaria, que ejercerán en el marco de las directrices, objetivos y programas del Plan de Salud de Cantabria.
2. En materia de salud pública tendrán las siguientes competencias:
  - a) Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.
  - b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
  - c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad física, deportiva y de recreo.
  - d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humano, así como sus medios de transporte.
  - e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.
  - f) Desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos.
  - g) Cualesquiera otras que les atribuya el ordenamiento vigente.
3. En materia de participación y gestión sanitaria, las Entidades locales tendrán derecho a:

- a) Estar representados en los órganos de dirección y participación que reglamentariamente se determinen.
  - b) Colaborar, en los términos en que se acuerde en cada caso, en la construcción, remodelación y equipamiento de centros y servicios sanitarios, así como en su conservación y mantenimiento.
  - c) En el caso de disponer de centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad local, establecer con la Administración sanitaria del Gobierno de Cantabria convenios específicos o consorcios para la gestión de los mismos.
  - d) Participar en la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de cualquier otra titularidad, en los términos en que se acuerde en cada caso, y en las formas previstas en la legislación vigente.
  - e) Cualesquiera otras que les atribuya el ordenamiento vigente.
4. Las entidades locales, para el cumplimiento de las competencias y funciones sanitarias de las que son titulares, adoptarán las disposiciones de carácter sanitario que serán de aplicación en su ámbito territorial, dentro de los límites de la normativa estatal y autonómica.
  5. Cuando el desarrollo de las funciones sanitarias lo requiera, las entidades locales podrán disponer de personal y servicios sanitarios propios para el ejercicio de sus competencias, o recabar el apoyo técnico del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos, que se llevará a cabo según las normas establecidas por el Gobierno de Cantabria.
  6. El personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria que preste apoyo a los municipios en los asuntos a los que se refiere el presente artículo, tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidades personales y patrimoniales, y solamente en tanto se lleva a efecto la prestación de dicho servicio.
  7. El Gobierno de Cantabria podrá delegar en las entidades locales el ejercicio de competencias en materia sanitaria, en las condiciones previstas en la legislación vigente.

## TÍTULO V

### DEL PLAN DE SALUD DE CANTABRIA

#### **Artículo 61. Definición, naturaleza y contenido.**

1. El Plan de Salud de Cantabria es el instrumento de previsión, dirección, planificación estratégica y ordenación de las actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar los fines de la presente Ley, constituyendo el marco básico de referencia del Sistema Autonómico de Salud, en los términos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. El Plan de Salud de Cantabria establecerá:
  - a) Las orientaciones básicas y actuaciones fundamentales del Sistema Autonómico de Salud y el conjunto de actuaciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.
  - b) Los compromisos principales de las entidades prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de atención a la salud.
  - c) Los sistemas de evaluación y control del grado de cumplimiento de los compromisos.
  - d) La vigencia del propio Plan.

#### **Artículo 62. Elaboración.**

1. La elaboración del Plan de Salud de Cantabria corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, que establecerá sus contenidos principales, metodología y plazo de su elaboración, así como los mecanismos de evaluación y revisión.
2. El Plan de Salud incluirá en su redacción:
  - a) El análisis de los problemas de salud y de la atención sanitaria de la Comunidad Autónoma y de la situación de los recursos existentes.
  - b) La evaluación de los resultados de planes anteriores.
  - c) La definición de los objetivos de atención a la salud, generales y específicos, por áreas de actuación.
  - d) El establecimiento de prioridades de intervención.
  - e) La definición general de los programas principales de actuación.

- f) La estimación de los recursos necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos, tanto en lo que se refiere a la organización y desarrollo de actividades, servicios, planes sectoriales y programas, como a los medios materiales y personales precisos.
  - g) El calendario general de actuación.
  - h) Las unidades, instituciones o entidades responsables del cumplimiento de los diferentes objetivos.
  - i) Los mecanismos de evaluación del desarrollo del Plan y, en su caso, los procedimientos previstos para la modificación del mismo.
3. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por el Consejo Asesor de Salud de Cantabria y los órganos de dirección y participación de las Áreas de Salud.

#### **Artículo 63. Aprobación.**

1. El Plan de Salud será aprobado por el Gobierno de Cantabria, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, previo informe de la Consejería de Presidencia, de la Consejería de Economía y Hacienda y del Consejo Económico y Social.
2. El Plan de Salud, una vez aprobado por el Gobierno de Cantabria, será remitido al Parlamento de Cantabria para su conocimiento y al Ministerio competente en materia sanitaria para su inclusión en el Plan Integrado de Salud, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.



## TÍTULO VI DE LAS ACTUACIONES EN MATERIA DE SALUD

### CAPÍTULO I

#### ACTUACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD PÚBLICA

##### **Artículo 64. Actuaciones relacionadas con la salud pública.**

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria promoverá el desarrollo de las siguientes actuaciones relacionadas con la salud pública:

- a) Atención al medio ambiente en cuanto a su repercusión sobre la salud humana individual y colectiva, incluyendo medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades con incidencia en la salud.
- b) La prevención de riesgos para la salud derivados de una inadecuada producción, manejo, transporte, comercialización, y venta de alimentos.
- c) La vigilancia e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos y situaciones de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, mediante la recopilación, elaboración, análisis y difusión de estadísticas vitales y registros de morbimortalidad.
- d) La promoción y mejora de las actividades de inspección de salud pública y el desarrollo de laboratorios de salud pública que permitan apoyar investigaciones sobre riesgos biológicos, físicos y químicos.
- e) La promoción y protección de la salud y la prevención de los factores de riesgo para la salud en los establecimientos públicos y lugares de habitación y convivencia humana, en especial, los centros escolares, las instalaciones deportivas y los lugares, locales e instalaciones de esparcimiento público, en colaboración con las Consejerías competentes en la materia.
- f) La colaboración con la Administración del Estado en la farmacovigilancia y control de las reacciones adversas a los medicamentos y otros productos sanitarios, de acuerdo con las competencias previstas en el Estatuto de Autonomía para Cantabria.
- g) La educación para la salud de la población enfocada a la mejora de la salud individual y colectiva.

- h) La realización de estudios que permitan analizar y determinar los condicionantes que dificultan la igualdad de oportunidades en materia de salud.
- i) La docencia e investigación en el ámbito de la salud y la formación continuada del personal al servicio de la Administración sanitaria.
- j) El control de la publicidad sanitaria.
- k) La promoción de estilos de vida saludables para la población, así como promoción de la salud y prevención de las enfermedades en grupos de mayor riesgo.
- l) La promoción y mejora de las actividades de veterinaria de salud pública, prevención de los factores de riesgo en este ámbito, sobre todo en las áreas de control, sanidad e higiene alimentaria en mataderos, industrias, establecimientos y actividades de carácter alimentario, prevención y lucha contra la zoonosis y sanidad medioambiental.

## CAPÍTULO II

### ACTUACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD LABORAL

#### **Artículo 65. Marco normativo.**

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria promoverá actuaciones en materia sanitaria referentes a la salud laboral en el marco de lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y en las normas reglamentarias que las desarrollen.

#### **Artículo 66. Actuaciones.**

1. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo anterior, corresponderá en particular a la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en colaboración con la Administración laboral:
  - a) El establecimiento de los medios adecuados para la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los servicios de prevención actuantes. Para ello se establecerán, oídas las sociedades científicas, los protocolos de actuación, a los que deberán someterse los citados servicios.

- b) La implantación de sistemas de información adecuados, que permitan la elaboración de mapas de riesgos laborales, así como la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores, así como hacer posible un rápido intercambio de información.
  - c) La supervisión de la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario actuante en los servicios de prevención autorizados.
  - d) La elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionadas con la salud de los trabajadores.
2. Por Decreto del Gobierno de Cantabria, a propuesta conjunta de las Consejerías competentes en materia de sanidad y de trabajo, se creará un Consejo de Salud Laboral del que formarán parte la Administración de la Comunidad Autónoma, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas y las demás organizaciones que, en su caso, se determinen reglamentariamente.

### **CAPÍTULO III**

#### **ACTUACIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y LOS MEDICAMENTOS**

##### **Artículo 67. Actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria.**

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

- a) La atención integral a la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, salud pública, prevención de las enfermedades, acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en los niveles de atención primaria como de atención especializada, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo en los dispositivos públicos de atención sociosanitaria.
- b) La atención a las urgencias y emergencias sanitarias.
- c) El desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo, de los programas específicos de protección ante factores de riesgo, así como los dirigidos a la prevención de enfermedades congénitas.
- d) La atención, promoción, protección y mejora de la salud mental, preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos

asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria, realizándose las hospitalizaciones, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas de hospital general.

- e) La orientación y planificación familiar.
- f) La promoción, protección y mejora de la salud bucodental, haciendo especial énfasis en los aspectos preventivos, e incorporando progresivamente otras prestaciones asistenciales, en los términos previstos en el catálogo de prestaciones.
- g) La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos, diagnósticos y auxiliares necesarios para la promoción de la salud, y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.
- h) La mejora continua de la calidad en todos sus niveles asistenciales.
- i) La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio del Sistema Sanitario, así como la participación en las actividades de formación de pregrado.
- j) El fomento y la participación en actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud.
- k) Cualquier otra actividad relacionada con la promoción, prevención, mantenimiento y mejora de la salud.

#### **Artículo 68. Actuaciones relacionadas con el uso de los medicamentos.**

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma, en relación con el uso de los medicamentos, realizará las siguientes actuaciones:

- a) Establecer programas de control de calidad de los medicamentos para comprobar la observancia de las condiciones de autorización y de las demás que sean de aplicación, en los términos previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y demás legislación aplicable.
- b) Recoger y elaborar la información sobre reacciones adversas a los medicamentos.
- c) Adoptar medidas y programas tendentes a racionalizar la utilización de medicamentos tanto en la atención primaria de salud como en la especializada, bajo criterios exclusivamente científicos.
- d) Garantizar que las oficinas de farmacia, como establecimientos sanitarios, colaboren con la Administración sanitaria en los programas tendentes a garantizar el uso racional de los medicamentos en la atención primaria de

salud, y en programas de educación sanitaria e información epidemiológica.

## CAPÍTULO IV

### ACTUACIONES RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLÍNICA

#### Artículo 69. Definición de la historia clínica.

1. La historia clínica recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los médicos y al resto de los profesionales asistenciales que han intervenido en él. Se ha de procurar la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, que se llevará a cabo, como mínimo, en el ámbito de cada centro, donde debe haber una historia clínica única por cada paciente.
2. El centro ha de archivar las historias clínicas en instalaciones que garanticen la seguridad, la conservación correcta y la recuperación de la información.
3. Las historias clínicas se podrán elaborar en soporte papel, audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad del contenido y la plena capacidad de reproducción futura. En cualquier caso, se ha de garantizar que queden registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han hecho.
4. Los centros sanitarios han de adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos y evitar la destrucción o la pérdida accidental y también el acceso, la alteración, la comunicación o cualquier otro procedimiento que no esté autorizado.

#### Artículo 70. Contenido de la historia clínica.

1. La historia clínica ha de tener un número de identificación y ha de incluir los siguientes datos:
  - a) Datos de identificación del enfermo y de la asistencia.
  - b) Datos clínico-asistenciales, que incluirán los procedimientos clínicos realizados y sus resultados, con los dictámenes correspondientes en caso de procedimientos o exámenes especializados, y también las hojas de interconsulta, hojas de curso clínico y de tratamiento médico.
  - c) Hoja de consentimiento informado si procede.
  - d) Hoja de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito.
  - e) Informe de ingreso o de alta, si es el caso.

- f) Documento de alta voluntaria, si es el caso.
  - g) Informe de necropsia, si lo hay.
  - h) En caso de intervención quirúrgica se ha de incluir la hoja operatoria y el informe de anestesia y, en caso de parto, los datos de registro.
  - i) Datos sociales.
  - j) Cualesquiera otros previstos en la legislación aplicable.
2. En las historias clínicas hospitalarias, en las que suelen participar más de un médico o de un equipo asistencial, han de constar individualizadas las acciones, las intervenciones y las prescripciones realizadas por cada profesional.
  3. Los centros sanitarios han de disponer de un modelo normalizado de historia clínica que recoja los contenidos fijados en este artículo adaptados al nivel asistencial que tienen y a la clase de prestación que dan.

#### **Artículo 71. Utilización de la historia clínica.**

1. Con el fin de prestar una asistencia adecuada al paciente, los profesionales asistenciales del centro que estén implicados en el diagnóstico o el tratamiento del enfermo han de tener acceso a la historia clínica.
2. Se podrá acceder a la historia clínica con fines epidemiológicos, de investigación o docencia, con sujeción a lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y las disposiciones concordantes. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, excepto que el paciente haya dado antes su consentimiento.
3. El personal encargado de las tareas de administración y gestión de los centros sanitarios podrá acceder sólo a los datos de la historia clínica relacionados con dichas funciones.
4. El personal al servicio de la Administración sanitaria que ejerce funciones de inspección, debidamente acreditado, podrá acceder a las historias clínicas a fin de comprobar la calidad de la asistencia, el cumplimiento de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes o la Administración sanitaria.
5. Todo el personal que acceda, en uso de sus competencias, a cualquier clase de datos de la historia clínica está sujeto al deber de guardar secreto.

## **Artículo 72. Conservación de la historia clínica.**

1. La historia clínica se ha de conservar como mínimo hasta quince años desde la muerte del paciente. No obstante, se podrán seleccionar y destruir los documentos que no sean relevantes para la asistencia, transcurridos dos años desde la última atención al paciente.
2. En todo caso, en la historia clínica se han de conservar durante quince años como mínimo contados desde la muerte del paciente, y junto con los datos de identificación del paciente: las hojas de consentimiento informado, los informes de alta, los informes quirúrgicos y el registro de parto, los datos relativos a la anestesia, los informes de exploraciones complementarias y los informes de necropsia.
3. Sin perjuicio de lo establecido en los apartados 1 y 2 de este artículo, la documentación que a criterio del facultativo sea relevante a efectos preventivos, asistenciales o epidemiológicos se conservará el tiempo que se considere oportuno.

## **CAPÍTULO V**

### **INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA EN MATERIA SANITARIA**

## **Artículo 73. Control en materia de salud.**

La Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en el marco de sus competencias, realizará las siguientes actuaciones:

- a) Establecer los registros y métodos de análisis de información necesarios para el cumplimiento de las distintas situaciones relacionadas con la salud individual y colectiva, y en particular las que se refieren a los grupos específicos de riesgo, de las que puedan derivarse acciones de intervención, así como los sistemas de información y estadísticas sanitarias.
- b) Establecer la exigencia de autorizaciones sanitarias y la obligación de someter a registro, por razones sanitarias, a las empresas o productos con especial incidencia en la salud humana.
- c) Establecer, asimismo, prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes y servicios, cuando supongan un riesgo o daño para la salud.

- d) Establecer las normas y criterios por los que han de regirse los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Cantabria, tanto públicos, como privados, para su autorización, calificación, acreditación, homologación y registro.
- e) Otorgar la autorización administrativa previa para la instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones en la estructura de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Cantabria, cualquiera que sea su nivel y categoría o titular.
- f) Inspeccionar y controlar los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Cantabria, así como sus actividades de promoción y publicidad. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios que integran el Servicio Cántabro de Salud y aquellos que sean responsabilidad de los poderes públicos quedarán sometidos, además, a la evaluación de sus actividades, prestaciones y funcionamiento en los términos que reglamentariamente se establezcan, a cuyos efectos se desarrollará una estructura de inspección de servicios sanitarios que quedará adscrita a la Consejería competente en materia de sanidad.
- g) Desarrollar tareas de inspección y control de la publicidad a todos los niveles.
- h) Establecer las normas y directrices para el control y la inspección de las condiciones higiénico-sanitarias y de funcionamiento de las actividades alimentarias, locales de convivencia colectiva y del medio ambiente en que se desenvuelve la vida humana. i) Establecer los criterios generales, normas y directrices para el ejercicio de las competencias en materia de sanidad mortuoria.
- j) El ejercicio de cuantas competencias o funciones le vengán atribuidas por normas legales y reglamentarias.

**Artículo 74. Evaluación del cumplimiento de los objetivos y de la calidad de los servicios.**

Serán también objeto de evaluación, seguimiento o intervención por parte de las autoridades competentes en materia de asistencia sanitaria:

- a) El grado de cumplimiento de las prestaciones sanitarias por parte de los centros, establecimientos y servicios, del personal y de las entidades aseguradoras y colaboradoras.



- b) El grado de cumplimiento de los derechos reconocidos en esta Ley a la ciudadanía en el ámbito de la misma.
- c) El grado de satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios que reciben.
- d) El cumplimiento por parte de la población de las obligaciones respecto a los servicios sanitarios contenidos en la presente Ley.
- e) La eficacia y eficiencia de las diversas unidades asistenciales de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Sanitario Público.
- f) El cumplimiento de las actuaciones propias de los servicios de salud, según la legislación vigente, en materia de salud laboral, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y situaciones de incapacidad e invalidez.
- g) La eficacia y la efectividad de los programas de salud colectiva desarrollados por el Sistema Sanitario Público de Cantabria.
- h) La evaluación de las políticas de sanidad ambiental e higiene de los alimentos.
- i) En general, toda actividad sanitaria del personal, centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, de Cantabria, respecto al cumplimiento de las normas sanitarias vigentes.

#### **Artículo 75. Sistemas de información de salud.**

1. La Consejería competente en materia de sanidad establecerá, en colaboración con la Consejería competente en materia de tecnologías de la información, un sistema de información de salud, que incluirá datos demográficos, económicos, medioambientales y sanitarios a fin de realizar la planificación sanitaria y evaluación continuada de la calidad de los servicios y prestaciones sanitarias ofertadas.
2. Todos los centros públicos y privados que presten servicios sanitarios están obligados a suministrar los datos que en cada momento sean requeridos por la Administración sanitaria a fin de realizar los estudios estadísticos oportunos, todo ello sin perjuicio de lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

#### **Artículo 76. Actuaciones preventivas en materia de salud.**

1. Las Administraciones públicas de Cantabria, en el marco de sus respectivas competencias, establecerán y acordarán limitaciones preventivas de carácter

administrativo respecto de aquellas actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud.

2. Asimismo, adoptarán cuantas prohibiciones, requisitos y medidas preventivas sean exigibles en las actividades públicas y privadas que, directa o indirectamente, puedan suponer riesgo inminente y extraordinario para la salud. En este sentido, y como consecuencia de las actuaciones de inspección, las autoridades sanitarias competentes podrán ordenar la suspensión provisional, la prohibición de las actividades y la clausura definitiva de los centros y establecimientos, así como la retirada definitiva de productos puestos en circulación en el mercado, por requerirlo la protección de la salud colectiva, o por incumplimiento de los requisitos exigidos para la instalación y funcionamiento de aquéllas.
3. Las medidas previstas en el apartado anterior que se ordenen con carácter obligatorio, de urgencia o de necesidad, deberán adaptarse a los criterios expresados en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y, en su caso, en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
4. Aquellas mercancías definitivamente retiradas del mercado por constituir un peligro para la salud o la seguridad de las personas, junto con las cautelarmente retiradas que sean perecederas, deberán ser desnaturalizadas o destruidas.

#### **Artículo 77. Inspección sanitaria.**

1. El personal que lleve a cabo funciones de inspección gozará de la condición de agente de la autoridad a todos los efectos, estará sometido a las Leyes y autorizado para:
  - a) Entrar libremente, y sin previa notificación en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto al ámbito de la presente Ley.
  - b) Llevar a cabo las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de la normativa vigente.
  - c) Tomar o sacar muestras para comprobar el cumplimiento de lo previsto en las disposiciones aplicables.
  - d) Realizar cuantas actuaciones sean precisas para el cumplimiento de sus funciones de inspección, pudiendo adoptar las medidas provisionales necesarias a fin de evitar perjuicios para la salud en casos de urgente

necesidad. En tales supuestos, dicho personal habrá de dar cuenta inmediata de las actuaciones realizadas a las autoridades sanitarias competentes, quienes deberán ratificar o dejar sin efecto dichas actuaciones, una vez tramitado el correspondiente procedimiento en los términos previstos en el Real Decreto 44/1996, de 19 de enero, por el que se adoptan medidas para garantizar la seguridad general de los productos puestos a disposición del consumidor.

2. Las actas y diligencias extendidas por el personal que lleve a cabo funciones de inspección tienen naturaleza de documentos públicos y se presumen ciertos los hechos que se consignen en las mismas, salvo prueba en contrario.
3. Las facultades de la inspección se ejercerán de modo proporcionado, perturbando sólo en lo imprescindible la actividad laboral y empresarial, y quedando aquélla obligada a guardar estricto sigilo profesional de la información que obtenga.
4. Cuando no pueda obtenerse información de otra manera, la Inspección sanitaria podrá requerir individualmente a cualquier persona o entidad privada para que facilite datos, informes o antecedentes obrantes en su poder y concernientes a otras personas o entidades, a efectos de la comprobación de acciones u omisiones supuestamente constitutivas de infracción administrativa.
5. Para el desarrollo de sus actuaciones, la Inspección sanitaria podrá solicitar el apoyo, concurso, auxilio y protección que le resulte precisa de cualquier otra autoridad o sus agentes, quienes estarán obligados a prestársela.

## CAPÍTULO VI

### INFRACCIONES Y SANCIONES

#### **Artículo 78. Infracciones.**

1. Constituyen infracciones sanitarias, las acciones u omisiones que contravengan las prescripciones establecidas en las Leyes que resulten de aplicación.
2. Las infracciones en materia de sanidad en la Comunidad Autónoma de Cantabria serán objeto de sanción administrativa, mediante el correspondiente procedimiento sancionador, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que pudiera concurrir.
3. Las infracciones se califican en esta Ley como leves, graves y muy graves.

## **Artículo 79. Tipificación de las infracciones.**

1. Sin perjuicio de las que establezcan otras Leyes especiales, constituirán infracciones administrativas sanitarias las que a continuación se tipifican.
2. Son infracciones sanitarias leves:
  - a) Las simples irregularidades en el cumplimiento de la normativa sanitaria vigente, sin trascendencia directa para la salud pública.
  - b) El incumplimiento, por simple negligencia, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento a título de simple imprudencia o inobservancia, siempre que se produzca alteración o riesgo sanitario y éste sea de escasa importancia.
  - c) La emisión o difusión al público de anuncios publicitarios o propaganda comercial por cualquier medio, con repercusión directa sobre la salud humana o con el fin de promover la contratación de bienes o servicios sanitarios, sin haber obtenido la correspondiente autorización administrativo-sanitaria.
  - d) La identificación falsa o contraria al principio de veracidad, en cuanto a los méritos, experiencia o capacidad técnica, del personal sanitario en su actividad profesional y en sus relaciones asistenciales con la población, salvo cuando merezca ser calificada como grave o muy grave.
  - e) El empleo de técnicas o materias primas no autorizadas para la elaboración de alimentos, así como la incorporación a los alimentos de materias primas y otros alimentos de calidad inadecuada, según las normas de calidad y reglamentaciones técnico-sanitarias vigentes.
  - f) El incumplimiento de las condiciones obligatorias de temperatura en las fases de transporte y almacenaje de alimentos; el empleo de métodos de conservación inadecuados o el uso de materiales no autorizados para el envase y embalaje de alimentos.
3. Son infracciones sanitarias graves:
  - a) El incumplimiento, por negligencia grave, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento que suponga imprudencia grave, siempre que ocasionen alteración o riesgo sanitario, aunque sean de escasa entidad; y

el mismo incumplimiento y comportamiento cuando, cometidos por negligencia simple, produzcan riesgo o alteración sanitaria grave.

- b) El ejercicio o desarrollo de actividades sin la correspondiente autorización o registro sanitario; la modificación no autorizada por la autoridad competente de las expresas condiciones técnicas o estructurales sobre las cuales se hubiera otorgado la correspondiente autorización; así como la utilización fraudulenta de autorizaciones sanitarias.
- c) La creación, construcción, modificación, adaptación o supresión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios sin haber obtenido las autorizaciones administrativas correspondientes con arreglo a la normativa que resulte de aplicación, así como el incumplimiento de las normas relativas al registro y acreditación de los mismos.
- d) La promoción o venta para uso alimentario, la utilización o tenencia de aditivos o sustancias extrañas cuyo uso no esté autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio o alimentario de que se trate, así como el empleo de cualesquiera de aquéllos en cantidad superior a la autorizada, cuando no produzcan riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.
- e) La elaboración, distribución, suministro o venta de preparados alimenticios, cuando su presentación induzca a confusión sobre sus verdaderas características sanitarias o nutricionales, y el uso de sellos o identificaciones falsas en cualquiera de las actuaciones citadas.
- f) El incumplimiento, por parte del personal del Sistema Autonómico de Salud que en virtud de sus funciones deba tener acceso a la información relacionada con el estado individual de salud, del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas.
- g) Dificultar o impedir el disfrute de cualesquiera de los derechos reconocidos en la presente Ley a los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios públicos y privados.
- h) La utilización fraudulenta por el usuario de los recursos y prestaciones del Sistema Sanitario Público.
- i) La grave desconsideración de los usuarios hacia el personal del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

- j) El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas cautelares o definitivas que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzcan por primera vez.
  - k) La resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes, en el desarrollo de las labores de inspección o control sanitario.
4. Son infracciones sanitarias muy graves:
- a) El incumplimiento consciente y deliberado de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidos en la normativa sanitaria, o cualquier comportamiento doloso, siempre que ocasionen alteración, daño o riesgo sanitario grave.
  - b) La preparación, distribución, suministro o venta de alimentos que contengan gérmenes, sustancias químicas o radiactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al ser humano o que superen los límites o tolerancias reglamentariamente establecidos en la materia.
  - c) La promoción o venta para uso alimentario o la utilización o tenencia de aditivos o sustancias extrañas cuyo uso no está autorizado por la normativa vigente en la elaboración del producto alimenticio o alimentario de que se trate, y produzca riesgos graves y directos para la salud de los consumidores.
  - d) El desvío para el consumo humano de productos no aptos para ello o destinados específicamente para otros usos.
  - e) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, o la negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.
  - f) El incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas que adopten las autoridades sanitarias competentes.
  - g) La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

#### **Artículo 80. Sanciones.**

1. Las sanciones deberán guardar la debida proporción con la gravedad del hecho constitutivo de la infracción, considerándose especialmente los siguientes criterios para la graduación de la sanción a aplicar:
  - a) La existencia de intencionalidad o reiteración.

- b) La naturaleza de los perjuicios causados.
  - c) La reincidencia, por comisión en el término de un año de más de una infracción de la misma naturaleza cuando así haya sido declarado por resolución firme.
2. Las infracciones sanitarias tipificadas en los apartados precedentes serán sancionadas con multas, de conformidad con la siguiente graduación:
- a) Infracciones leves:
    - Grado mínimo: Hasta 600 euros.
    - Grado medio: De 600,01 a 1.800 euros.
    - Grado máximo: De 1.800,01 a 3.000 euros.
  - b) Infracciones graves:
    - Grado mínimo: De 3.000,01 a 6.000 euros.
    - Grado medio: De 6.000,01 a 10.500 euros.
    - Grado máximo: De 10.500,01 a 15.000 euros, pudiendo rebasarse dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.
  - c) Infracciones muy graves:
    - Grado mínimo: De 15.000,01 a 120.000 euros.
    - Grado medio: De 120.000,01 a 360.000 euros.
    - Grado máximo: De 360.000,01 a 600.000 euros, pudiendo rebasarse dicha cantidad hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción.
3. En los supuestos de infracciones muy graves, podrá acordarse por el Gobierno de Cantabria el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, con los efectos laborales que determine la legislación correspondiente.
4. Las cuantías señaladas en el apartado 2 podrán ser revisadas y actualizadas periódicamente por el Gobierno de Cantabria, teniendo en cuenta la revisión del índice de precios al consumo.

#### **Artículo 81. Competencia sancionadora.**

- 1. Los órganos competentes en el ámbito de sus respectivas competencias, para la imposición de multas serán los siguientes:
  - a) Los Alcaldes, hasta 3.000 euros.

- b) Los Directores Generales competentes por razón de la materia, desde 3.000,01 euros hasta 15.000 euros.
  - c) El Consejero competente en materia de sanidad, desde 15.000,01 euros hasta 360.000 euros.
  - d) El Gobierno de Cantabria, a partir de 360.000,01 euros.
2. La Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria podrá actuar en sustitución de los municipios en los supuestos y con los requisitos previstos en la legislación de Régimen Local, correspondiendo, en este caso, la competencia para sancionar a los Directores Generales competentes por razón de la materia.

#### **Artículo 82. Procedimiento.**

1. En el ámbito de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el acuerdo de iniciación del procedimiento sancionador corresponderá a los Directores Generales competentes por razón de la materia.
2. Iniciado el procedimiento sancionador, el órgano competente para resolver podrá adoptar, previa audiencia del interesado y mediante acuerdo motivado, las siguientes medidas provisionales, con objeto de asegurar el cumplimiento de la resolución que pudiera recaer y, en todo caso, el cumplimiento de la legalidad y salvaguarda de la salud pública:
  - a) La suspensión total o parcial de la actividad.
  - b) La clausura de centros, servicios, establecimientos o instalaciones.
  - c) La exigencia de fianza.

#### **Artículo 83. Cierres, suspensiones de funcionamiento y retiradas del mercado.**

La clausura o cierre de centros, servicios, establecimientos o instalaciones que no cuenten con las autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad, así como la retirada del mercado, precautoria o definitiva, de productos o servicios por las mismas razones, se acordará por la autoridad sanitaria competente, no teniendo estas medidas el carácter de sanción.

#### **Artículo 84. Prescripción y caducidad.**

1. Las infracciones y sanciones tipificadas en la presente Ley como leves prescriben a los dos años, las graves a los tres años y las muy graves a los cinco años. Las sanciones prescribirán, en todos los casos, a los cuatro años.



2. El cómputo de los plazos de prescripción, tanto para las infracciones como para las sanciones, se ajustará a lo previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
3. La acción para perseguir las infracciones caducará si, conocida por la Administración competente la existencia de una infracción y finalizadas las diligencias dirigidas al esclarecimiento de los hechos, o transcurrido el plazo de suspensión que en su caso se hubiese acordado, transcurriera un año sin que la autoridad competente hubiera ordenado incoar el oportuno procedimiento. A tal efecto, si hubiera toma de muestras, las actuaciones de la inspección se entenderán finalizadas después de practicado el análisis inicial.
4. El plazo máximo en el que debe notificarse la resolución expresa de los procedimientos sancionadores será de seis meses contados desde la fecha del acuerdo de iniciación. Transcurrido dicho plazo sin que hubiese sido notificada la correspondiente resolución, se producirá la caducidad del procedimiento.

## TÍTULO VII

### DE LA COLABORACIÓN CON LA RED SANITARIA DE TITULARIDAD PRIVADA

#### **Artículo 85. Colaboración con la iniciativa privada.**

La colaboración del Sistema Sanitario Público de Cantabria con la iniciativa privada se ajustará a lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

#### **Artículo 86. Formalización y contenido.**

1. La formalización de los conciertos y demás fórmulas de colaboración con entidades, empresas o profesionales ajenos al Sistema Sanitario Público de Cantabria para la prestación de servicios sanitarios se realizará teniendo en cuenta los principios de complementariedad, optimización y adecuada coordinación en la utilización de recursos públicos y privados.
2. El contenido de dichos instrumentos vendrá dado de acuerdo con los protocolos que a tal efecto se establezcan.
3. También podrán establecerse conciertos u otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios con medios ajenos al Sistema Sanitario Público de Cantabria, en los casos de insuficiencia de la misma.

#### **Artículo 87. Efectos de los conciertos o de cualquier otra fórmula de colaboración con entidades privadas.**

La suscripción de conciertos o de cualquier otra fórmula de colaboración con entidades privadas, conllevará:

- a) El desarrollo de todas las funciones propias de los centros sanitarios de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca.
- b) El cumplimiento de las directrices y criterios de actuación establecidos por la Consejería competente en materia de sanidad o por el Servicio Cántabro de Salud y, específicamente, la satisfacción de los principios orientadores y objetivos establecidos en la presente Ley.
- c) La satisfacción de las necesidades de información sanitaria y estadística que reglamentariamente se determinen, así como el sometimiento a las inspecciones y controles que procedan para verificar los aspectos de carácter sanitario asistencial, estructurales y económicos que se establezcan en tales instrumentos.
- d) El cumplimiento de la normativa de homologación y acreditación referente a las actividades sanitarias motivo del concierto u otra fórmula de

colaboración, incluyendo aquéllas referidas a gestión económica y contable que se determinen.

**Artículo 88. Requisitos de las entidades o servicios para suscribir conciertos u otras fórmulas de colaboración con el Sistema Sanitario Público de Cantabria.**

1. Para la suscripción de conciertos u otras fórmulas de colaboración con el Sistema Sanitario Público de Cantabria, las entidades, centros y servicios deberán reunir los siguientes requisitos mínimos:
  - a) Homologación previa del centro o servicio.
  - b) Acreditación previa del centro o servicio.
  - c) Cumplimiento de la normativa vigente en materia fiscal, laboral y de Seguridad Social y de incompatibilidades.
  - d) Adecuación a cuantas disposiciones y normas afecten a los servicios sanitarios a prestar.
2. El régimen del concierto u otra fórmula de colaboración será incompatible con la percepción de subvenciones destinadas a la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto de los mismos, salvo para la realización de actividades sanitarias calificadas como de alto interés social.

**Artículo 89. Contenido de los conciertos u otras fórmulas de colaboración.**

Los conciertos u otras fórmulas de colaboración con entidades privadas recogerán necesariamente los siguientes aspectos:

- a) Los servicios, recursos y prestaciones, señalándose los objetivos cuantificados que se pretenden alcanzar en lo relativo al volumen y calidad de las prestaciones y los límites del gasto.
- b) La duración, causas de extinción y sistema de renovación y revisión.
- c) La periodicidad del abono de las aportaciones económicas.
- d) El régimen de acceso de los usuarios con derecho a la asistencia sanitaria pública a los servicios y prestaciones.
- e) El régimen de inspección de los centros y servicios, quedando asegurada la sujeción de la entidad, centros y servicios a los controles e inspecciones que convengan para verificar el cumplimiento de las normas de carácter sanitario, administrativo, económico-contable y de estructura, que sean de aplicación.
- f) Las formalidades a adoptar en caso de renuncia o de su rescisión.

g) Cuantos otros se determinen reglamentariamente.

#### **Artículo 90. Causas de denuncia o extinción del concierto u otras fórmulas de colaboración.**

El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos anteriores serán causas específicas de denuncia o extinción del concierto u otra fórmula de colaboración por parte de la Administración Sanitaria.

#### **Artículo 91. Entidades colaboradoras.**

1. Tendrán carácter de entidades colaboradoras de la gestión sanitaria, con las obligaciones y cometidos que la legislación general les encomiende:
  - a) Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
  - b) Las empresas y asociaciones empresariales autorizadas para la colaboración en la asistencia sanitaria.
  - c) Las entidades aseguradoras de los regímenes de seguro escolar o deportivo.
  - d) Las entidades aseguradoras de los seguros libres de accidentes de tráfico.
  - e) Las entidades aseguradoras de los regímenes de asistencia sanitaria de los funcionarios públicos.
  - f) Cualesquiera otras previstas en la normativa vigente.
2. Las referidas entidades colaboradoras podrán establecer conciertos u otras fórmulas de colaboración admitidas en Derecho con el Servicio Cántabro de Salud.

## TÍTULO VIII

### DE LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN SANITARIAS EN EL SISTEMA AUTONÓMICO DE SALUD

#### **Artículo 92. La docencia en el Sistema Autonómico de Salud.**

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria deberá colaborar con la docencia pregraduada, postgraduada y continuada a los colectivos de profesionales de la Comunidad Autónoma de Cantabria y en el desarrollo de un sistema de aprendizaje permanente.
2. En la formación de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del Sistema Autonómico de Salud se establecerá la colaboración permanente entre la Consejería competente en materia de sanidad y el resto de las Consejerías, en particular la competente en materia educativa.
3. La Consejería competente en materia de sanidad promoverá la formación continuada del colectivo de profesionales del Sistema Sanitario Público, con el fin de lograr su mayor y mejor adecuación a las prioridades que se establezcan en función de las necesidades de la población, y fomentará la utilización de nuevas tecnologías.
4. Las Consejerías competentes en materia de sanidad y de educación establecerán el régimen de los conciertos entre Universidades, centros de formación profesional sanitaria y las instituciones sanitarias de Cantabria o de otras Comunidades Autónomas en las que se debe impartir enseñanza sanitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la medicina, farmacia, enfermería y las enseñanzas técnico-profesionales relacionadas con las ciencias de la salud y otras enseñanzas que así lo requieran.
5. La Consejería competente en materia de sanidad garantizará un Sistema Autonómico de Acreditación de Formación Continuada de las profesiones sanitarias, de carácter voluntario con el fin de velar por la calidad de las actividades de formación continuada realizadas por los agentes públicos o privados.

#### **Artículo 93. La investigación en el Sistema Autonómico de Salud.**

1. El Sistema Sanitario Público de Cantabria tendrá como uno de sus ejes el fomento de las actividades de investigación sanitaria como elemento fundamental para su progreso y mejora de la calidad.

2. La investigación en ciencias de la salud deberá contribuir a la promoción de la salud de la población y considerará de forma especial la realidad sociosanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, eficiencia y efectividad de las intervenciones.
3. La Consejería competente en materia de sanidad, sin perjuicio de las competencias que correspondan a otros órganos y entidades de la Comunidad Autónoma, deberá desarrollar las siguientes funciones:
  - a) Fomentar la investigación de calidad en las instituciones sanitarias.
  - b) Definir las prioridades de investigación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
  - c) Potenciar la investigación coordinada y multicéntrica.
  - d) Facilitar la difusión de la actividad investigadora.
  - e) Evaluar las investigaciones realizadas en el campo de las ciencias de la salud.
  - f) Potenciar una red de fondos documentales en ciencias de la salud.
4. La Consejería competente en materia de sanidad fomentará la coordinación en materia de investigación sanitaria con otras Instituciones, públicas o privadas, tanto de ámbito autonómico, nacional e internacional.

**TÍTULO IX**  
**DE LA FUNDACIÓN “MARQUÉS DE VALDECILLA”**  
**CAPÍTULO I**  
**NATURALEZA Y FINES**

**Artículo 94. Naturaleza.**

1. La Fundación “Marqués de Valdecilla” es una entidad pública, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, cuyo objeto es la realización de actividades de promoción y prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, la gestión directa e indirecta de recursos y centros sanitarios, sociales y sociosanitarios, la docencia e investigación de las ciencias de la salud y la promoción de la salud individual y colectiva de la comunidad en cualesquiera de sus vertientes, así como la realización de otras actividades que puedan coadyuvar a la consecución del objeto fundacional, sin perjuicio de las competencias de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
2. La Fundación se rige por lo dispuesto en la presente Ley y en sus estatutos.

**Artículo 95. Fines generales.**

La Fundación perseguirá, entre otros, los fines que a continuación se enumeran:

- a) El fomento y desarrollo de la investigación biomédica, principalmente mediante la concesión de becas y ayudas, poniendo al alcance de los investigadores para el desarrollo de sus investigaciones los medios de la Fundación.
- b) El fomento y desarrollo de actividades culturales de carácter biomédico y social.
- c) La colaboración con la Universidad de Cantabria, principalmente con la Facultad de Medicina y con otras instituciones relacionadas con el ámbito de las ciencias de la salud y el desarrollo de la docencia en el campo mencionado.
- d) Velar por la ética y los principios deontológicos de la investigación, así como el cumplimiento de los compromisos que la Fundación o los investigadores establezcan con las entidades que apoyan a la investigación.

- e) La elaboración y difusión, en colaboración con la Consejería competente en materia de sanidad, de programas y estudios de contenido y alcance sanitario, social y sociosanitario.
- f) La colaboración en materia de protección de menores y la tutela de personas incapacitadas.
- g) La gestión de estancias concertadas con asociaciones, fundaciones o instituciones, de niños y adolescentes sometidos a medidas de protección por parte del Gobierno de Cantabria en distintas unidades familiares y de jóvenes en pisos tutelados.
- h) Cualesquiera otros análogos a los anteriores o que le atribuya la normativa vigente.

#### **Artículo 96. Control y tutela.**

El Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería competente en materia de sanidad, tendrá, respecto a la Fundación, las facultades de tutela previstas en sus estatutos.

#### **Artículo 97. Régimen de personal.**

1. La selección del personal de la Fundación, a excepción del personal directivo, se realizará mediante convocatoria pública basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad, a través de concurso, oposición o concurso-oposición.
2. El personal de la Fundación estará sujeto al régimen de incompatibilidades previsto en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas y en las respectivas normas que le resulten de aplicación.

## **CAPÍTULO II ORGANIZACIÓN**

#### **Artículo 98. Organización.**

La Fundación se estructura en los siguientes órganos:

- a) De gobierno: el Patronato.
- b) De dirección: el Gerente.
- c) De gestión: las restantes unidades que dependerán orgánica y funcionalmente de alguno de los anteriores.

#### **Artículo 99. Patronato.**

1. El Patronato de la Fundación estará integrado por los siguientes miembros:



- a) El Presidente, que será el Consejero competente en materia de sanidad.
  - b) El Vicepresidente, que será designado de entre los vocales por el Consejero competente en materia de sanidad.
  - c) Los vocales, designados por el Gobierno de Cantabria, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad.
2. El cargo de Secretario del Patronato podrá ser ejercido por uno de los vocales o por una persona que no sea miembro del Patronato, en cuyo caso tendrá voz pero no voto.
  3. Corresponden al Patronato las facultades previstas en los estatutos.

#### **Artículo 100. Gerente.**

1. El Gerente de la Fundación será nombrado por el Gobierno de Cantabria, a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad, de entre personas que reúnan los requisitos de solvencia académica, profesional, técnica y científica necesarios para el desarrollo de su función.
2. El Gerente de la Fundación tendrá la consideración de alto cargo, asimilado al rango de Director General.
3. El Gerente desempeñará su cargo con dedicación absoluta y estará sometido al régimen de incompatibilidades de altos cargos previstos en la Ley de Cantabria 5/1984, de 18 de octubre.
4. Si el Gerente fuera funcionario de carrera pasará a la situación administrativa de servicios especiales. Si fuera personal estatutario o laboral, se estará a lo dispuesto en las respectivas normas de aplicación.
5. Corresponden al Gerente las facultades previstas en los estatutos.

#### **Artículo 101. Órganos de gestión.**

1. Además de las distintas unidades que se determinen, dependerán de la Fundación el Instituto de Formación e Investigación “Marqués de Valdecilla” y el Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria.
2. El Instituto de Formación e Investigación “Marqués de Valdecilla” y el Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria se regirán, además de por la presente Ley y los estatutos de la Fundación, por su propio reglamento de régimen interno que será aprobado por el Patronato.
3. Los directores del Instituto de Formación e Investigación “Marqués de Valdecilla” y del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria tendrán la consideración de

personal directivo, siéndoles de aplicación la normativa de los contratos laborales de alta dirección.

4. En el ejercicio de sus funciones, el Instituto de Formación e Investigación “Marqués de Valdecilla” y el Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria se someterán a los criterios de política sanitaria que determine la Consejería competente en materia de sanidad, la cual fijará los objetivos y directrices de su actuación y efectuará el seguimiento de su actividad. Asimismo, deberán someterse al control de la inspección de servicios sanitarios de la Consejería competente en materia de sanidad.

### **CAPÍTULO III**

#### **EL INSTITUTO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN “MARQUÉS DE VALDECILLA”**

##### **Artículo 102. Concepto.**

El Instituto de Formación e Investigación “Marqués de Valdecilla” es el órgano de apoyo científico-técnico a las actuaciones en materia de investigación y docencia en el Sistema Sanitario Público de Cantabria.

##### **Artículo 103. Funciones.**

Son funciones específicas del Instituto:

- a) Fomentar y potenciar la investigación sanitaria y sociosanitaria de excelencia en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- b) Facilitar la investigación avanzada y la formación del personal investigador en colaboración con la Universidad y con aquellas otras instituciones, tanto públicas como privadas, que dirigen sus actividades en este campo.
- c) El estudio y la enseñanza de los aspectos relacionados con cada una de las áreas de actuación.
- d) La cooperación con otros centros en España y otros países, que potencien la investigación, así como la formación y puesta en marcha de proyectos comunes.
- e) El intercambio de personal docente e investigador.
- f) La organización de cursos o módulos de formación, periódicos y regulares, con posible acreditación de la Consejería competente en materia de sanidad o la Universidad de Cantabria.
- g) El establecimiento de vínculos entre las distintas Áreas de Salud.

- h) El apoyo a la aplicación de la investigación en la práctica clínica diaria.
- i) La gestión eficaz de los recursos económicos y humanos, vinculándose con la Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”.

## CAPÍTULO IV

### DEL BANCO DE SANGRE Y TEJIDOS DE CANTABRIA

#### **Artículo 104. Concepto.**

El Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria es el órgano de apoyo técnico a las actuaciones en materia de hemodonación y de procesamiento, preservación, almacenamiento, conservación, distribución y transporte de los tejidos humanos en el Sistema Sanitario Público de Cantabria.

#### **Artículo 105. Funciones.**

1. El Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria, para el desarrollo y cumplimiento de sus fines, tiene asignadas las funciones específicas que se detallan en los apartados siguientes.
2. Como banco de sangre, desempeñará las funciones siguientes:
  - a) Planificar y promover la donación de sangre y plasma en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
  - b) Efectuar la extracción de sangre en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
  - c) Realizar programas de plasmaféresis y citoféresis no terapéuticos basados en la donación altruista.
  - d) Planificar la cobertura de necesidades y la distribución de sangre y hemoderivados de todos los centros sanitarios públicos o privados de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
  - e) Atender, de modo directo, las necesidades de sangre y hemocomponentes de la Comunidad Autónoma de Cantabria o de otras que se lo solicitaren.
  - f) Responsabilizarse del suministro de sangre y hemoderivados en los casos de pacientes sensibilizados o de necesidades derivadas de circunstancias de emergencia.
  - g) Procesar y obtener los componentes de la sangre que, en cada caso, se precisen cuando procedan de unidades de donante único o de pequeños grupos de donantes.

- h) Responsabilizarse del intercambio de plasma que se realice con la industria fraccionadora.
  - i) Supervisar el cumplimiento de la normativa básica de evaluación de la calidad de todos los bancos de sangre ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
  - j) Emitir informes relativos a petición de las autoridades sanitarias competentes.
  - k) Ser el centro de referencia de aquellos casos de poca incidencia en la población, cuyo diagnóstico o tratamiento implique la disponibilidad de sangre, componentes de la sangre o reactivos de uso poco frecuente.
  - l) Disponer de un inventario actualizado referente a donantes, recursos materiales y humanos y actividad de los diferentes bancos de sangre y de las necesidades de sangre, plasma y hemoderivados del ámbito territorial asignado.
  - m) Participar en los programas de formación del personal sanitario vinculado a la hemoterapia.
  - n) Desarrollar labores de investigación en relación con todas las funciones encomendadas.
  - ñ) Cualesquiera otras análogas o relacionadas con las anteriores.
3. Como banco de tejidos, desempeñará las siguientes funciones específicas:
- a) Procesar, preservar, almacenar, conservar, controlar, distribuir y transportar tejidos humanos.
  - b) Disponer de protocolos de garantía de calidad sobre cada tejido, desde su obtención hasta su entrega para el implante.
  - c) Mantener documentalmente protocolos de actuación con otros centros.
  - d) Establecer protocolos analíticos y de selección de donantes, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.
  - e) Mantener una seroteca de los donantes.
  - f) Disponer de registros de los donantes, tejidos, reflectores y pruebas analíticas.
  - g) Responsabilizarse del intercambio de tejidos con otros bancos y, en su caso, solicitar autorización para la entrada o salida de tejidos de España.
  - h) Participar en programas de formación del personal sanitario vinculado a la conservación y trasplante de tejidos.

- i) Emitir informes a petición de las autoridades sanitarias competentes.
  - j) Cualesquiera otras análogas o relacionadas con las anteriores.
4. Para el mejor cumplimiento de las funciones del Banco de Sangre y Tejidos, la Fundación podrá celebrar un convenio de colaboración con la Hermandad de Donantes de Sangre de Cantabria en el que se fijarán las actividades que habrán de concertarse y los correspondientes procedimientos de actuación a seguir. Igualmente, podrá celebrar convenios de colaboración con las entidades públicas y privadas relacionadas con su actividad. Asimismo, fomentará las actividades de las asociaciones altruistas que promuevan la donación de sangre y de tejidos, y colaborará, en su caso, en la financiación económica de las mismas.

**DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA. Integración del personal funcionario y laboral en la condición de personal estatutario.**

1. De conformidad con lo previsto en la disposición adicional sexta de la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, al objeto de homogeneizar las relaciones de empleo del personal de cada uno de los centros e instituciones sanitarias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria y con el fin de mejorar la eficacia de la gestión, el Gobierno de Cantabria podrá establecer el procedimiento y condiciones para la integración directa del personal funcionario de carrera o laboral fijo que preste servicios en tales centros o instituciones, en la condición de personal estatutario.
2. Asimismo, el Gobierno de Cantabria podrá establecer el procedimiento y condiciones para la integración directa del personal laboral temporal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria en la condición de personal estatutario temporal, en la modalidad que corresponda de acuerdo con la duración del contrato de origen.
3. Igualmente, el Gobierno de Cantabria podrá establecer el procedimiento y condiciones para la integración directa del personal funcionario interino de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria en la condición de personal estatutario temporal.

**DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA. Integración de centros sanitarios en el Servicio Cántabro de Salud.**

El Gobierno de Cantabria, mediante decreto, podrá integrar en el Servicio Cántabro de Salud los centros, establecimientos y servicios sanitarios de

naturaleza asistencial de la Administración de la Comunidad Autónoma o de las entidades vinculadas o dependientes de la misma que se determinen, y, en particular, el Hospital de la Santa Cruz de Liencres, el Centro de Salud Bucodental, el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, las Unidades de Salud Mental, las Unidades de Atención Ambulatoria de Drogodependencias y el Hospital de Campoo.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA. Cobertura con carácter interino de puestos de trabajo de sanitarios titulares de equipos de atención primaria.**

Se regulará el procedimiento para la cobertura con carácter interino de los puestos de trabajo de sanitarios titulares de los equipos de atención primaria. El Gobierno de Cantabria, en el plazo de seis meses, aprobará el correspondiente Decreto por el que se regule el procedimiento, que atenderá a los principios de igualdad, mérito y capacidad, y el órgano de selección, en el que se encontrarán representadas las organizaciones sindicales.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL CUARTA. Nuevas formas de gestión del Sistema Sanitario Público de Cantabria.**

De conformidad con lo previsto en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Cantabria, y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos de naturaleza sanitaria podrá llevarse a cabo directa o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho. A tal efecto, el Gobierno de Cantabria podrá crear tales entidades, en el ámbito de sus competencias, y en el marco establecido por la normativa estatal.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINTA. Adaptación de los estatutos de la Fundación “Marqués de Valdecilla”.**

El Gobierno de Cantabria, en el plazo de seis meses, procederá a la adaptación a lo previsto en la presente Ley, de los estatutos de la Fundación “Marqués de Valdecilla” previstos en el Decreto 9/1998, de 9 de febrero.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SEXTA. Atribución patrimonial.**

1. Para el cumplimiento de los fines del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria, se atribuyen a la Fundación “Marqués de Valdecilla”, como patrimonio propio, los bienes y derechos de la Administración de la Comunidad Autónoma de

Cantabria que, hasta la entrada en vigor de la presente Ley, gestionaba el Consejo Regional de Hemoterapia y el Banco de Sangre de Cantabria.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se llevará a efecto con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Cantabria 7/1986, de 22 de diciembre, de Patrimonio.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SÉPTIMA. Concertación con entidades privadas.**

El Gobierno de Cantabria elaborará mediante Decreto los criterios que rijan la concertación con establecimientos, centros y servicios sanitarios y sociosanitarios de titularidad privada.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL OCTAVA. Ampliación de la composición y funciones del Consejo Asesor de Salud de Cantabria.**

1. El Consejo Asesor de Salud de Cantabria, además de los miembros que determina el artículo 13.1 del Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud, estará integrado por los siguientes vocales:
  - a) Dos representantes de las asociaciones de pacientes de Cantabria, nombrados a propuesta del órgano competente de la respectiva organización.
  - b) Un representante por cada Área de Salud, nombrado a propuesta del Consejo de Salud de cada Área de Salud.
2. Además de las funciones previstas en el artículo 14 del Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud, el Consejo Asesor de Salud ejercerá las funciones de asesoramiento, formulación y control de la política sanitaria en la Comunidad Autónoma de Cantabria, así como el seguimiento de la ejecución de las directrices de la política sanitaria y, con carácter más específico, las siguientes:
  - a) Velar para que las actuaciones de todos los servicios, centros y establecimientos sanitarios satisfagan las necesidades del Sistema Sanitario, se acomoden a la normativa sanitaria y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público.
  - b) Conocer e informar el anteproyecto del plan de salud y sus revisiones y adaptaciones y conocer el estado de su ejecución.

- c) Conocer las modificaciones del mapa sanitario de la Comunidad Autónoma.
- d) Conocer el anteproyecto de presupuesto de la Consejería competente en materia de sanidad.

**DISPOSICIÓN ADICIONAL NOVENA. Subdirectores del Servicio Cántabro de Salud.**

Los Subdirectores del Servicio Cántabro de Salud serán nombrados por el Gobierno de Cantabria a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad.

**DISPOSICIÓN ADICIONAL DÉCIMA. Estudio sobre estabilidad en el empleo.**

Por el Gobierno de Cantabria se elaborará un estudio sobre las categorías de personal estatutario temporal susceptibles, en su caso, de ser objeto de consolidación.

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA. Procedimientos administrativos.**

Los procedimientos administrativos de todo tipo que se encuentren en tramitación a la entrada en vigor de la presente Ley, se resolverán de acuerdo con la normativa vigente en el momento de su iniciación.

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA. Vigencia normativa.**

En tanto no se proceda a la adaptación prevista en la disposición adicional quinta continuará en vigor el Decreto 9/1998, de 9 de febrero, sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición derogatoria de la presente Ley.

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA. Referencias normativas.**

Todas las referencias normativas al Banco de Sangre de Cantabria que subsistan tras la entrada en vigor de esta norma deberán entenderse hechas al Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria.

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA CUARTA. Sucesión de servicios y funciones.**

La constitución efectiva del Banco de Sangre y Tejidos de Cantabria como órgano dependiente de la Fundación “Marqués de Valdecilla” se realizará sin interrumpir en ningún caso los cometidos y funciones que vienen desarrollándose. Corresponderá al Gobierno de Cantabria, a través de las Consejerías correspondientes, determinar la ordenada sucesión de los correspondientes servicios y funciones.

**DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA. Derogación normativa.**

1. Quedan expresamente derogadas las siguientes normas:



- a) El párrafo segundo del artículo 7, el párrafo primero del artículo 9, el párrafo segundo del artículo 13 y el párrafo primero del artículo 17 del Decreto 9/1998, de 9 de febrero, por el que se modifican los Estatutos de la Fundación “Marqués de Valdecilla”.
  - b) El apartado dos de la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 13/1998, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas.
  - c) El Decreto 68/1988, de 10 de noviembre, por el que se crea el Consejo Regional de Hemoterapia de la Comunidad Autónoma de Cantabria y se regula su funcionamiento, y el de la Red Hemoterápica de Cantabria.
  - d) El Decreto 43/1990, de 11 de julio, por el que se modifica el Decreto 68/1988, de 10 de noviembre.
  - e) El Decreto 170/1991, de 23 de diciembre, por el que se reestructura el Consejo Regional de Hemoterapia de la Comunidad Autónoma de Cantabria y se regula su funcionamiento, y el de la Red Hemoterápica de Cantabria.
  - f) El Decreto 77/1997, de 14 de julio, por el que se regulan las competencias inspectoras y sancionadoras en materia de sanidad e higiene de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
  - g) El apartado 1 del artículo 11 del Estatuto del Servicio Cántabro de Salud, aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud.
2. Asimismo, quedan derogadas todas aquellas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a la presente Ley.

**DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA. Habilitación normativa.**

Se faculta al Gobierno de Cantabria para que adopte las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.

**DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. Entrada en vigor.**

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

## **Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.**

**Boletín Oficial de Cantabria número 248, de 27 de diciembre de 2004.**

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica regula, en su artículo 11, dentro del capítulo IV dedicado al respeto de la autonomía del paciente, lo que se denominan Instrucciones Previas, es decir, el documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Asimismo, dicho artículo establece que, cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

Por su parte, la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, recoge, en su artículo 34, dentro de los derechos relacionados con el respeto a la autonomía del paciente, el derecho a la expresión de la voluntad con carácter previo, por el cual el usuario del Sistema Autonómico de Salud, mayor de edad y con plena capacidad de obrar tiene derecho al respeto absoluto de su voluntad expresada con carácter previo, para aquellos casos en que las circunstancias del momento le impidan expresarla de manera personal, actual y consciente.

Mediante la regulación de la expresión de la voluntad con carácter previo se pretende priorizar el principio de autonomía de la voluntad de la persona que, en los últimos años, y tras el respaldo normativo alcanzado en el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina, hecho en Oviedo, el 4 de abril de 1997, se había venido incorporando como valor necesario en las relaciones entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

Los procedimientos que se establecen para formalizar esta expresión de la voluntad con carácter previo, procurando dotarlo de las mayores garantías de autenticidad, son dos: uno ante de notario, que no requiere la presencia de testigos, y otro ante de tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado, ni relación laboral, patrimonial o de servicio, ni relación matrimonial ni de análoga afectividad a la conyugal con el otorgante.

Se contempla la elaboración de un documento tipo por parte de la Consejería competente en materia de sanidad a disposición de los usuarios, así como la incorporación de dicho documento a la historia clínica del paciente. Se limita también, la autonomía de la voluntad en determinados supuestos, esto es, cuando se incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto haya previsto a la hora de emitirlos.

Finalmente, el apartado quinto del mencionado artículo 34 prevé la creación de un Registro de voluntades adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, en el cual se podrán inscribir las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo, las cuales serán vinculantes una vez se produzca dicha inscripción, y que está llamado a ser un instrumento de gran utilidad para profesionales sanitarios y pacientes, facilitando la consulta ágil y rápida de la voluntad de la persona otorgante en aquellos supuestos que prevé la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.

En su virtud, de acuerdo con las competencias que tiene atribuidas la Comunidad Autónoma de Cantabria, según lo establecido en el artículo 25.3 de su Estatuto de Autonomía, a propuesta de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, previa deliberación del Consejo de Gobierno, en su reunión del día 15 de diciembre de 2004.

## **DISPONGO**

### **Artículo 1.- Objeto.**

- 1.- Se crea el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad, en el que, a solicitud de la persona otorgante, se inscribirán los documentos de voluntades expresadas con carácter previo, independientemente de que se hubieran otorgado ante notario o ante tres testigos.
- 2.- La inscripción del documento conlleva la vinculación del personal sanitario responsable de la persona otorgante, respecto de las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo que contenga.

## **Artículo 2.- Funciones del Registro de Voluntades Previas.**

El Registro de Voluntades Previas tiene las siguientes funciones:

- a) Inscribir, recopilar y custodiar los documentos de voluntades expresadas con carácter previo.
- b) Asegurar la coordinación con el Registro Nacional de Instrucciones Previas previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como con los registros que puedan existir en otras Comunidades Autónomas.
- c) Posibilitar el acceso a los documentos de voluntades expresadas con carácter previo y su consulta, de manera ágil y rápida, por parte de los profesionales que lo precisen, de conformidad con lo que prevén la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria y demás normativa que resulte aplicable.

## **Artículo 3.- Procedimiento y efectos de la inscripción.**

- 1.- El procedimiento de inscripción en el Registro de Voluntades Previas se iniciará mediante solicitud de la persona otorgante del documento de voluntades expresadas con carácter previo, dirigida a la Dirección General competente en materia de ordenación sanitaria, en los términos que se establecen en este artículo.
- 2.- En el caso de que el documento de voluntades expresadas con carácter previo se hubiera otorgado ante tres testigos, junto con el escrito de solicitud de inscripción en el Registro tendrá que presentarse el documento original al que deberá acompañarse copia compulsada del documento nacional de identidad o del pasaporte de la persona otorgante y de cada una de las personas que hayan actuado de testigos, así como declaración responsable de dos de ellos en la que manifiesten que no tienen relación de parentesco hasta el segundo grado ni relación laboral, patrimonial o de servicio, ni relación matrimonial ni de análoga afectividad a la conyugal con el otorgante.
- 3.- En el caso de que el documento de voluntades expresadas con carácter previo se hubiera otorgado notarialmente, tendrá que presentarse una copia autenticada, acompañada de un escrito de solicitud de inscripción en el Registro.
- 4.- Corresponderá al Director General competente en materia de ordenación sanitaria autorizar o denegar la inscripción en el Registro de Voluntades Previas. La inscripción

sólo podrá denegarse, mediante resolución motivada, en caso de inobservancia de los requisitos establecidos en la normativa reguladora del documento de voluntades expresadas con carácter previo. Contra la resolución del Director General competente en materia de ordenación sanitaria podrá interponerse recurso de alzada ante el titular de la Consejería competente en materia de sanidad.

5.- La inscripción en el Registro se practicará de forma automática respecto de los documentos de voluntades expresadas con carácter previo otorgados notarialmente, previa identificación del otorgante.

En el caso de que el documento de voluntades expresadas con carácter previo se hubiera otorgado ante tres testigos, el órgano responsable del Registro comprobará la mayoría de edad del otorgante y de los testigos, la declaración responsable a que se refiere el apartado 2 así como que el documento de voluntades expresadas con carácter previo contenga la firma de todos ellos.

6.- La inscripción en el Registro de Voluntades Previas determinará la incorporación del documento en el fichero automatizado que se establecerá reglamentariamente.

7.- No se aplicarán las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo que sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la "lex artis" ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto a la hora de manifestarlas.

En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

#### **Artículo 4. Acceso al Registro de Voluntades Previas.**

1. La persona otorgante del documento inscrito, así como su representante legal, pueden, en cualquier momento, acceder al Registro de Voluntades Previas para revisar el contenido de aquel documento.

2.- En las situaciones en que el paciente no pudiera manifestar su voluntad en los términos previstos en el artículo 34.1 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, el personal sanitario que en ese momento prestará asistencia, deberá solicitar información al Registro para conocer si existe inscripción de documento de voluntades expresadas con carácter previo otorgado por el paciente y conocer su contenido, independientemente de que en la historia clínica figure o no una copia del mismo.

El acceso del personal sanitario responsable se hará por medios telemáticos que garanticen la confidencialidad de los datos y la identificación tanto de la persona que

solicita la información como de la información suministrada, quedando constancia de la misma. La disponibilidad de la comunicación será permanente.

3.- Aquellas personas que accedieran a cualquiera de los datos del Registro de Voluntades Previas por razones laborales, estarán obligadas a guardar secreto de los mismos fuera del ámbito de su aplicación. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a la aplicación del régimen disciplinario correspondiente.

4.- El acceso a los datos contenidos en el Registro de Voluntades Previas se realizará en las condiciones y con los requisitos exigidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, de modo que se garantice la confidencialidad y la seguridad de los datos y derechos personales allí consignados.

#### **Artículo 5. Procedimiento de revocación del documento de voluntades expresadas con carácter previo inscritas en el Registro de Voluntades Previas.**

Las declaraciones de voluntad expresadas con carácter previo por las cuales se revoquen otras anteriores serán vinculantes una vez inscritas en el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, debiendo seguirse para ello el mismo procedimiento que el establecido para la primera inscripción.

#### **DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA**

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan al contenido del presente Decreto.

#### **DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA**

Se faculta al titular de la Consejería competente en materia de sanidad para dictar cuantas disposiciones fueran necesarias para la aplicación de este Decreto.

#### **DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA**

El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BOC.

#### **Corrección de error al Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.**

En el BOC número 248 de 28 de diciembre de 2004, en la página 12.419 está publicado el Decreto 139/2004. Advertido un error en la redacción del título de dicho Decreto, se procede a su corrección:

Donde dice:

Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.

Debe decir:

Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.

# Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria

Boletín Oficial de Cantabria número 120, de 22 de junio de 2006.

## PREÁMBULO

I Dentro de los principios rectores de la política social y económica, el artículo 43 de la Constitución Española consagra el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía, obligándose a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y los servicios necesarios. En desarrollo de esta previsión constitucional y al amparo de la competencia que, sobre las bases y coordinación general de la sanidad, el artículo 149.1.16ª de la Constitución reserva al Estado, se han dictado diversas normas de carácter básico, entre las que cabe reseñar, de una parte, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de otra, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, uno de los principios esenciales del sistema sanitario público es garantizar el acceso universal y equitativo a unas prestaciones de la máxima calidad y lo más amplias posibles. El sistema de listas, como instrumento de entrada común a los servicios, garantiza la equidad en el acceso a las prestaciones con el inconveniente de las esperas. Estas esperas, cuando son excesivas, suponen un sufrimiento añadido a un gran número de pacientes, pueden ocasionar un deterioro de su situación clínica y erosionan de forma grave la confianza de la ciudadanía en el sistema sanitario público.

El derecho a una asistencia sanitaria de calidad debe traducirse en la adopción de medidas que aborden de forma integral el fenómeno de las listas de espera. Estas medidas deben tender a aumentar la capacidad del sistema, tanto en recursos humanos como en infraestructura y nueva tecnología. Además, debe continuarse trabajando en la priorización de las listas, en función de criterios explícitos relacionados con la gravedad del proceso, la probabilidad de mejora y las



circunstancias sociales del o la paciente. Es necesario que se establezcan sistemas de información que deban permitir una clasificación rápida de pacientes y hacer posible la reevaluación de las personas incluidas en la lista de espera. Además, es imprescindible trabajar para superar el concepto de listas de espera compartimentadas, avanzar en el de espera para cada proceso clínico en su integridad, y proporcionar a la ciudadanía la necesaria información sobre la materia.

Sobre esta última cuestión, el artículo 9 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece el deber de los poderes públicos de «informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes», y su artículo 10.2, relativo a los derechos de la ciudadanía con respecto a las distintas Administraciones Públicas sanitarias, establece el derecho a la «información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso».

II Desde la perspectiva autonómica, el Estatuto de Autonomía para Cantabria atribuye a la Comunidad Autónoma, en su artículo 25.3, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud y coordinación hospitalaria general, incluida la de la Seguridad Social. Asimismo, el artículo 26.1 otorga a la Comunidad Autónoma de Cantabria, en los términos que establezcan las leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Una vez producido el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud mediante Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, y asumido por la Comunidad Autónoma de Cantabria mediante Decreto 3/2002, de 23 de enero, que los atribuye al Servicio Cántabro de Salud, se aprobó la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. Dicha norma legal regula el conjunto del sistema autonómico de salud, estableciendo en su artículo 26 los derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios. Asimismo, su artículo 25.3 establece el derecho de la ciudadanía a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de plazos previamente definidos y conocidos que serán establecidos reglamentariamente.

Sentadas estas premisas, la presente Ley persigue como objetivo el tratamiento coherente y realista de las denominadas listas de espera como una de las características inherentes a los sistemas sanitarios públicos de acceso universal y gratuito. Dicha cuestión, por su importancia en el sistema sanitario público y su

repercusión en la ciudadanía, destinataria final del conjunto de las actuaciones de los poderes públicos, requiere y merece un tratamiento específico y global, a la vez que garantista, no sólo desde la perspectiva del establecimiento de medidas que aseguren tiempos máximos de respuesta, sino de la articulación de los tiempos máximos como un auténtico derecho subjetivo de la ciudadanía consagrado en una norma autonómica del máximo rango. Por otra parte, se pretende completar la legislación vigente añadiendo al derecho a la dispensación de prestaciones sanitarias en plazos previamente conocidos y definidos una consecuencia en caso de incumplimiento, articulándose a tal efecto un sistema de garantías en esta materia.

III En relación con el contenido de la Ley, su título I se dedica a las disposiciones generales de la norma regulando su objeto, así como su ámbito subjetivo y objetivo de aplicación. Este último viene referido a tres ámbitos: procedimientos quirúrgicos, primeras consultas de atención especializada y pruebas diagnósticas especializadas, realizándose su concreta determinación conceptual y prestacional a los efectos de las garantías de la Ley.

El título II de la norma se dedica a la regulación de los tiempos máximos de respuesta y del sistema de garantías. En este sentido, se fijan legalmente los plazos máximos de atención sanitaria especializada, que podrán incluso ser rebajados por el Consejo de Gobierno en virtud de la habilitación contenida en la correspondiente disposición adicional. La norma recoge también la necesidad de aplicar y respetar criterios de priorización de listas de espera, estableciendo asimismo las causas de suspensión de los plazos máximos, el reconocimiento de la garantía a través de la expedición del certificado y la extinción de aquélla.

Asimismo, en consonancia con el principio de transparencia que debe informar el conjunto del sistema sanitario público, se incorporan en el título III tres mecanismos informativos en materia de listas de espera de atención especializada. En primer lugar, la información que se hará pública por el Servicio Cántabro de Salud a través de medios telemáticos, y que estará igualmente disponible para las personas interesadas en las dependencias de dicho organismo. Un segundo instrumento de información viene constituido por el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, que se articula como herramienta de control y gestión de la demanda de atención sanitaria especializada programada y no urgente, incluida la prevista en el sistema de garantías de plazos máximos establecido en la presente Ley. Por último, la norma prevé la obligatoriedad de la elaboración de un informe anual que será presentado al Parlamento de Cantabria en el primer trimestre de cada año natural.

## TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

### **Artículo 1. Objeto de la Ley.**

La presente Ley tiene por objeto establecer un sistema de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público, de carácter programado y no urgente, así como establecer instrumentos de información en materia de lista de espera correspondiente a la atención especializada, atendiendo a criterios de transparencia, eficacia, racionalización, optimización de recursos y priorización.

### **Artículo 2. Ámbito subjetivo de aplicación.**

1. Serán beneficiarias de las garantías establecidas en la presente Ley las personas que residan en la Comunidad Autónoma de Cantabria, dispongan de tarjeta sanitaria correspondiente al Servicio Cántabro de Salud y figuren inscritas en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria.

2. Las personas que no residan en la Comunidad Autónoma de Cantabria gozarán de dichos derechos en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.

Artículo 3. Ámbito objetivo de aplicación. En los términos previstos en el artículo siguiente, las garantías previstas en la presente Ley serán de aplicación a los siguientes supuestos:

a) Procedimientos quirúrgicos, con prescripción no urgente establecida por un médico especialista quirúrgico y aceptada por el o la paciente, para cuya realización el hospital tenga previsto la utilización de quirófano. No resultará de aplicación la presente Ley a los o las pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en el que se establece la indicación quirúrgica, quedando asimismo excluidas las intervenciones quirúrgicas de carácter urgente, las de trasplante de órganos y tejidos y las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.

a) Alergología.

b) Aparato digestivo.

c) Cardiología.

d) Cirugía general.

e) Dermatología.

f) Endocrinología y nutrición.

g) Hematología y hemoterapia.

- h) Medicina interna.
- i) Nefrología.
- j) Neumología.
- k) Neurocirugía.
- l) Neurología.
- m) Obstetricia y ginecología.
- n) Oftalmología, excepto consultas de agudeza visual.
- ñ) Oncología médica.
- o) Otorrinolaringología.
- p) Pediatría.
- q) Psiquiatría.
- r) Rehabilitación.
- s) Reumatología.
- t) Traumatología y ortopedia.
- u) Urología.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo c) del artículo 3, quedan incluidas en las garantías de esta Ley las indicaciones de pruebas diagnósticas a realizar mediante:

- a) Ecocardiogramas.
- b) Ecografías.
- c) Electroencefalogramas.

#### **Artículo 7. Causas de suspensión.**

1. El plazo máximo de respuesta en la atención sanitaria especializada quedará suspendido, mientras persista la causa que motive tal situación, en los siguientes supuestos:

- a) A petición del o la paciente que, alegando motivos justificados, y sin renunciar a la atención sanitaria que se le oferte, solicite el aplazamiento de la intervención quirúrgica, consulta de especialista o prueba diagnóstica especializada.
- b) Por concurrir causa clínicamente justificada que aconseje posponer la consulta de especialista, prueba diagnóstica especializada o intervención quirúrgica, sin que ello suponga un cambio en la indicación o en la necesidad de la atención sanitaria programada.

c) En caso de acontecimientos catastróficos, tales como terremotos, inundaciones, incendios o situaciones similares, guerras o revueltas, así como en caso de epidemias, huelgas y disfunciones muy graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.

2. Mientras dure la causa que motivó la suspensión el o la paciente figurará en situación de suspenso en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, practicándose a tal efecto el oportuno asiento.

3. En las causas de suspensión señaladas en el párrafo c) del apartado 1 del presente artículo corresponderá al titular de la Consejería competente en materia de sanidad, a propuesta del director gerente del Servicio Cántabro de Salud, dictar la resolución de suspensión, que habrá de resultar suficientemente motivada.

#### **Artículo 8. Sistema de garantías.**

1. En el momento de su inscripción en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, las personas beneficiarias tendrán derecho a elegir el centro sanitario donde ser atendidas dentro de la red de centros del Servicio Cántabro de Salud, en los términos previstos en el apartado 2 del artículo 28 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.

2. Si no se produjera esta elección o ésta no fuera posible, las personas solicitantes obtendrán asistencia para los procedimientos quirúrgicos, las consultas externas y los procedimientos diagnósticos incluidos en el ámbito de aplicación de la presente Ley en los centros propios y, subsidiariamente, en los centros concertados del Servicio Cántabro de Salud en la forma que la Consejería competente en materia de sanidad establezca, priorizándose, en su caso, la asistencia en el centro asistencial de referencia del usuario, con sujeción en cada caso a criterios de organización y planificación asistencial.

3. Si la persona usuaria no hubiera obtenido asistencia dentro del plazo máximo de respuesta, podrá requerir la atención en un centro sanitario privado, autorizado al efecto en la forma que la Consejería competente en materia de sanidad establezca, sin que, en ningún caso, la asistencia pueda realizarse por personal que preste servicios en el sistema sanitario público de Cantabria.

4. En el supuesto previsto en el apartado 3 del presente artículo, el Servicio Cántabro de Salud estará obligado al pago de los gastos derivados de dicha atención sanitaria al centro elegido, con sujeción a las cuantías máximas que acuerde anualmente la Consejería competente en materia de sanidad.

### **Artículo 9. Certificado de garantía.**

1. Transcurrido el tiempo máximo de respuesta al que se refiere el artículo 5 sin haber recibido la atención sanitaria indicada, el o la paciente podrá solicitar el reconocimiento del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada previsto en la presente Ley, que se instrumentará a través de la expedición por el Servicio Cántabro de Salud de un certificado de garantía.
2. El certificado de garantía tendrá una vigencia de un año, contado desde la fecha de su expedición. Transcurrido el plazo de un año sin que la persona interesada haya hecho uso de su derecho, el Servicio Cántabro de Salud quedará exonerado del pago de los gastos derivados de la atención sanitaria especializada, en el supuesto de que ésta se llegase a prestar posteriormente por un centro sanitario privado.
3. El certificado de garantía será expedido por el Servicio Cántabro de Salud, en el plazo máximo de cinco días desde que la solicitud de la persona interesada tenga entrada en el registro del órgano competente.
4. El Servicio Cántabro de Salud estará facultado para dejar sin efecto el certificado concedido, si pudiera prestar la atención sanitaria requerida.

**Artículo 10. Extinción de la garantía.** Serán causas de extinción del derecho a la garantía de atención sanitaria especializada:

- a) El rechazo por parte del o la paciente, dentro del plazo máximo de respuesta que se fije para cada proceso, de la oferta a la que se refiere el artículo 8 de la presente Ley.
- b) El establecimiento de la contraindicación o no necesidad de la atención sanitaria especializada que motivó su inclusión en el registro, según informe médico, aceptado por el o la paciente.
- c) La falta de asistencia injustificada a la cita programada
- d) Solicitar tres veces el aplazamiento para recibir la atención sanitaria por la que está inscrito.
- e) La caducidad del certificado de garantía
- f) No haber sido localizado para recibir la asistencia tras haberlo intentado de modo fehaciente.
- g) En general, el incumplimiento por la persona beneficiaria de las obligaciones previstas en la normativa aplicable.

### **Artículo 11. Gastos de desplazamiento.**

Los gastos de desplazamiento de pacientes que precisen recibir atención sanitaria especializada, programada y no urgente, en los tres supuestos previstos en esta Ley, fuera de la Comunidad Autónoma de Cantabria, así como los gastos de su acompañante, cuando se precise, y sus dietas correspondientes serán abonados por el Servicio Cántabro de Salud de acuerdo con las tarifas y en las condiciones que se fijen para dicho organismo.

## **TÍTULO III**

### **MEDIOS DE INFORMACIÓN SOBRE LISTAS DE ESPERA**

#### **Artículo 12. Información sobre listas de espera.**

El Servicio Cántabro de Salud facilitará información trimestral, a través de su página web, a la que podrá tener acceso la ciudadanía, sobre el número de pacientes que figuran en las listas de espera de atención especializada programada y no urgente. Dicha información estará igualmente disponible en las dependencias del Servicio Cántabro de Salud.

#### **Artículo 13. Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria.**

1. Se crea el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, adscrito al Servicio Cántabro de Salud a través de la Subdirección competente en materia de asistencia sanitaria, en el que se inscribirán los y las pacientes que soliciten una atención sanitaria especializada de carácter programado y no urgente y que extiende su ámbito de aplicación a todos los centros hospitalarios adscritos al Servicio Cántabro de Salud, para el control y gestión de la demanda de atención sanitaria especializada programada y no urgente, incluida la prevista en el sistema de garantías de plazos máximos establecido en la presente Ley.
2. El Registro estará constituido por las personas a quienes el personal facultativo habilitado del Servicio Cántabro de Salud les haya prescrito recibir atención sanitaria especializada, programada y no urgente, en un centro sanitario adscrito a dicho organismo y no hayan recibido dicha atención, sin que haya concurrido alguna de las causas de baja en el mismo.
3. El Registro será único en la Comunidad Autónoma de Cantabria, si bien la gestión de las altas y bajas en el Registro se llevará de manera descentralizada por cada uno de los centros de gestión del Servicio Cántabro de Salud.
4. La inclusión de un o una paciente en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, previa remisión por el facultativo correspondiente, quedará formalizada, a

todos los efectos, con la inscripción en el Registro que se realizará de forma automática por el propio centro, siendo la fecha de inclusión de la consulta externa o prueba diagnóstica la de indicación por el médico peticionario, o la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico. El o la paciente podrá disponer de un justificante de la misma, con el fin de acreditar su permanencia en lista de espera.

5. Serán causas de baja en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria, las siguientes:

- a) La satisfacción de la demanda de atención sanitaria especializada.
- b) Las causas de la extinción del derecho de garantía conforme a lo previsto en los párrafos b), c) y f) del artículo 10 de la presente Ley.
- c) La cancelación del asiento a solicitud expresa del interesado ante el centro de gestión del Servicio Cántabro de Salud que le dio de alta en el Registro.
- d) El fallecimiento del interesado.

6. El Registro se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la restante normativa que resulte de aplicación.

7. El contenido y funcionamiento del Registro se fijará por la Consejería competente en materia de sanidad que, a tal efecto, implantará un sistema de indicadores desagregados por sexo y edad, que permita incorporar una perspectiva de género en el informe al que se refiere el artículo siguiente.

#### **Artículo 14. Informe anual.**

1. Por la Consejería competente en materia de sanidad se elaborará un informe anual de listas de espera que será presentado al Parlamento de Cantabria en el primer trimestre de cada año natural.

2. Dicho informe tendrá el siguiente contenido

- a) Los datos sobre el total de pacientes en listas de espera a las que se refiere la presente Ley.
- b) Los tiempos medios de espera
- c) El número de pacientes que han utilizado centros privados no concertados por superación de los tiempos máximos garantizados por esta Ley.



d) Las medidas correctoras encaminadas a mejorar la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público para evitar la superación, si la hubiera, de los referidos tiempos máximos de respuesta.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA**

#### **PLAZOS INFERIORES DE RESPUESTA**

El Consejo de Gobierno podrá establecer plazos máximos de respuesta inferiores a los previstos en la presente Ley.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA**

#### **AMPLIACIÓN DE PRESTACIONES GARANTIZADAS**

Se faculta al Consejo de Gobierno para ampliar las prestaciones objeto de garantía prevista en el artículo 4 de la presente Ley.

### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA**

#### **INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO**

1. La inscripción en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria comenzará a partir del día siguiente de la efectividad de las garantías a la que se refiere la disposición transitoria segunda.
2. El Servicio Cántabro de Salud realizará de oficio la inscripción en el Registro de Pacientes en Lista de Espera de Cantabria de aquellas personas usuarias que, a la fecha de efectividad de la aplicación de las garantías, se encontrasen en espera de atención sanitaria especializada objeto de la garantía.

### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA**

#### **APLICACIÓN PROGRESIVA DE LAS GARANTÍAS**

1. Con el fin de llevar a cabo una progresiva aplicación del sistema previsto en la presente Ley se establecen los períodos transitorios que se indican en los párrafos siguientes, una vez transcurridos los cuales se producirá la efectividad de las garantías en los siguientes términos:

- a) En relación con la efectividad de la garantía de primeras consultas de especialista, se establece un período transitorio de seis meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.
- b) En relación con la efectividad de la garantía de pruebas diagnósticas, se establece un período transitorio de ocho meses a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.

2. La efectividad de la garantía en relación con los procedimientos quirúrgicos se producirá en todo caso el día de la entrada en vigor de la presente Ley.

## **DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA**

### **DEROGACIÓN NORMATIVA**

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango cuyo contenido se oponga a la presente Ley.

## **DISPOSICIÓN FINAL**

### **PRIMERA MODIFICACIÓN DE LA LEY DE CANTABRIA 7/2002, DE 10 DE DICIEMBRE, DE ORDENACIÓN SANITARIA DE CANTABRIA**

Se modifica el artículo 25.3 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, que pasa a tener la siguiente redacción:

«3. La ciudadanía tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de los plazos previamente definidos y conocidos. Asimismo, las personas usuarias tienen derecho, en los términos previstos en la legislación vigente, al reconocimiento de un sistema de garantías de tiempos máximos de respuesta en atención especializada y a disponer de información sobre las listas de espera en atención especializada».

## **DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA**

### **DESARROLLO REGLAMENTARIO**

Se faculta al Consejo de Gobierno para llevar a cabo el desarrollo reglamentario previsto en la presente Ley.

## **DISPOSICIÓN FINAL TERCERA**

### **ENTRADA EN VIGOR**

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

# Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Boletín Oficial del Estado número 299, de 15 de diciembre de 2006.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

En octubre de 2003 se aprobó en el Pleno del Congreso de los Diputados la Renovación del Pacto de Toledo con una Recomendación Adicional 3.<sup>a</sup> que expresa: «resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad del fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección».

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea. En 2002, bajo la presidencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten.

Las conclusiones del Informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, de 13 de diciembre de 2003, coinciden en la necesidad de configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad.

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento», es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años.

Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio. Asimismo, diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5% para el resto de la población.

A esta realidad, derivada del envejecimiento, debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y, también, por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral. Un 9% de la población española, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, presenta alguna discapacidad o limitación que le ha causado, o puede llegar a causar, una dependencia para las actividades de la vida diaria o necesidades de apoyo para su autonomía personal en igualdad de oportunidades. Para este colectivo se legisló recientemente con la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

2. La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema

tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

El propio texto constitucional, en sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Si en 1978 los elementos fundamentales de ese modelo de Estado del bienestar se centraban, para todo ciudadano, en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, el desarrollo social de nuestro país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados fundamentalmente por las Comunidades Autónomas, con colaboración especial del tercer sector, como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia.

Por parte de las Administraciones Públicas, las necesidades de las personas mayores, y en general de los afectados por situaciones de dependencia, han sido atendidas hasta ahora, fundamentalmente, desde los ámbitos autonómico y local, y en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, en el que participa también la Administración General del Estado y dentro del ámbito estatal, los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad y para Personas Mayores. Por otra parte, el sistema de Seguridad Social ha venido asumiendo algunos elementos de atención, tanto en la asistencia a personas mayores como en situaciones vinculadas a la discapacidad: gran invalidez, complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez y de la prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, asimismo, las prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y rehabilitación a personas con discapacidad y de asistencia a las personas mayores.

Es un hecho indudable que las entidades del tercer sector de acción social vienen participando desde hace años en la atención a las personas en situación de dependencia y apoyando el esfuerzo de las familias y de las corporaciones locales en este ámbito. Estas entidades constituyen una importante malla social que previene los riesgos de exclusión de las personas afectadas.

La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social.

Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales. En este sentido, el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades.

3. La presente Ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

El Sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la presente Ley. A tal efecto, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario su participación en el Sistema y que administrativamente se organiza en tres niveles.

En este sentido, la competencia exclusiva del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (artículo 149.1CE), justifica la regulación, por parte de esta Ley, de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, y con pleno respeto de las competencias que las mismas hayan asumido en materia de asistencia social en desarrollo del artículo 148.1.20 de la Constitución.

La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades

Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

La propia naturaleza del objeto de esta Ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental. Por ello, la ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En su seno deben desarrollarse, a través del acuerdo entre las administraciones, las funciones de acordar un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia, aspectos que deben permitir el posterior despliegue del Sistema a través de los correspondientes convenios con las Comunidades Autónomas.

Se trata, pues, de desarrollar, a partir del marco competencial, un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias.

La financiación vendrá determinada por el número de personas en situación de dependencia y de los servicios y prestaciones previstos en esta Ley, por lo que la misma será estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas. En todo caso, la Administración General del Estado garantizará la financiación a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas en situación de dependencia recogidas en esta Ley.

El Sistema atenderá de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia. Los beneficiarios contribuirán económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta para ello el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo.

El Sistema garantizará la participación de las entidades que representan a las personas en situación de dependencia y sus familias en sus órganos consultivos.

Se reconocerá también la participación de los beneficiarios en el sistema y la complementariedad y compatibilidad entre los diferentes tipos de prestaciones, en los términos que determinen las normas de desarrollo.

4. La Ley se estructura en un título preliminar; un título primero con cinco capítulos; un título segundo con cinco capítulos; un título tercero; dieciséis disposiciones adicionales; dos disposiciones transitorias y nueve disposiciones finales.

En su título preliminar recoge las disposiciones que se refieren al objeto de la Ley y los principios que la inspiran, los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, y los titulares de esos derechos.

El título I configura el Sistema de Atención a la Dependencia, la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, a través de los diversos niveles de protección en que administrativamente se organizan las prestaciones y servicios. La necesaria cooperación entre Administraciones se concreta en la creación de un Consejo Territorial del Sistema, en el que podrán participar las Corporaciones Locales y la aprobación de un marco de cooperación interadministrativa a desarrollar mediante Convenios con cada una de las Comunidades Autónomas. Asimismo, se regulan las prestaciones del Sistema y el catálogo de servicios, los grados de dependencia, los criterios básicos para su valoración, así como el procedimiento de reconocimiento del derecho a las prestaciones.

El título II regula las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema, con elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, y con especial atención a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores. En este mismo título se regula el sistema de información de la dependencia, el Comité Consultivo del sistema en el que participarán los agentes sociales y se dota del carácter de órganos consultivos a los ya creados, Consejo Estatal de Personas Mayores y del Consejo Nacional de la Discapacidad y Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

Por último, se regulan en el título III las normas sobre infracciones y sanciones vinculadas a las condiciones básicas de garantía de los derechos de los ciudadanos en situación de dependencia.

Las disposiciones adicionales introducen los cambios necesarios en la normativa estatal que se derivan de la regulación de esta Ley. Así, se realizan referencias en materia de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, en la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en la normativa sobre discapacidad,



gran invalidez y necesidad de ayuda de tercera persona, y se prevén las modificaciones necesarias para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.

La disposición transitoria primera regula la participación financiera del Estado en la puesta en marcha del Sistema en un periodo transitorio hasta el año 2015, de acuerdo con las previsiones del calendario de aplicación de la Ley que se contiene en la disposición final primera.

## **TÍTULO PRELIMINAR**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

#### **Artículo 1. Objeto de la Ley.**

1. La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

2. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.

#### **Artículo 2. Definiciones.**

A efectos de la presente Ley, se entiende por:

1. Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

2. Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

3. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.
4. Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.
5. Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.
6. Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.
7. Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.
8. Tercer sector: organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

### **Artículo 3. Principios de la Ley.**

Esta Ley se inspira en los siguientes principios:

- a) El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.
- c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
- d) La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.

- e) La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
- f) La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.
- g) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- h) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- i) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- j) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- k) La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.
- l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.
- m) La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- n) La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- ñ) La cooperación interadministrativa.
- o) La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
- p) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.

q) Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

#### **Artículo 4. Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia.**

1. Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.

2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

a) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

b) A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.

c) A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa y por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.

d) A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

e) A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.

f) A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

g) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.

h) Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.

i) Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.

j) A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo. En el caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente, estarán

legitimadas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten la representación legal.

k) A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.

l) A no sufrir discriminación por razón de orientación o identidad sexual.

3. Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.

4. Las personas en situación de dependencia y, en su caso, familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las Administraciones competentes, para la valoración de su grado y nivel de dependencia; a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, y a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas; o a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente.

Las personas en situación de dependencia y, en su caso, sus familiares o quienes les representen, no estarán obligados a aportar información, datos o documentación que obren ya en poder de la Administración Pública que los solicite o que, de acuerdo con la legislación vigente, pueda ésta obtener por sus propios medios.

#### **Artículo 5. Titulares de derechos.**

1. Son titulares de los derechos establecidos en la presente Ley los españoles que cumplan los siguientes requisitos:

a) Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.

b) Para los menores de 3 años se estará a lo dispuesto en la disposición adicional decimotercera.

c) Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.

2. Las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en

los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen. Para los menores que carezcan de la nacionalidad española se estará a lo dispuesto en las Leyes del Menor vigentes, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, así como en los tratados internacionales.

3. El Gobierno podrá establecer medidas de protección a favor de los españoles no residentes en España.

4. El Gobierno establecerá, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, las condiciones de acceso al Sistema de Atención a la Dependencia de los emigrantes españoles retornados.

## TÍTULO I

### EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

#### CAPÍTULO I

#### CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA

##### **Artículo 6. Finalidad del Sistema.**

1. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantiza las condiciones básicas y el contenido común a que se refiere la presente Ley; sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia; optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

2. El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.

3. La integración en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de los centros y servicios a que se refiere este artículo no supondrá alteración alguna en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica.

##### **Artículo 7. Niveles de protección del Sistema.**

La protección de la situación de dependencia por parte del Sistema se prestará en los términos establecidos en esta Ley y de acuerdo con los siguientes niveles:

1. ° El nivel de protección mínimo establecido por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9.

2. ° El nivel de protección que se acuerde entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las Comunidades Autónomas a través de los Convenios previstos en el artículo 10.

3. ° El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

### **Artículo 8. Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.**

1. Se crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema. El Consejo estará constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y por un representante de cada una de la Comunidades Autónomas, recayendo dicha representación en el miembro del Consejo de Gobierno respectivo que tenga a su cargo las competencias en la materia. Integrarán igualmente el Consejo un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales. En la composición tendrán mayoría los representantes de las Comunidades Autónomas.

2. Sin perjuicio de las competencias de cada una de las Administraciones Públicas integrantes, corresponde al Consejo, además de las funciones que expresamente le atribuye esta Ley, ejercer las siguientes:

- a) Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10.
- b) Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previstos de acuerdo con los artículos 10.3 y 15.
- c) Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas previstas en el artículo 20 y en la disposición adicional primera.
- d) Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios.
- e) Acordar el baremo a que se refiere el artículo 27, con los criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración.
- f) Acordar, en su caso, planes, proyectos y programas conjuntos.
- g) Adoptar criterios comunes de actuación y de evaluación del Sistema.
- h) Facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes.

- i) Establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia.
- j) Informar la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia y en especial las normas previstas en el artículo 9.1.
- k) Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas.

El Consejo Territorial del Sistema, una vez constituido, acordará sus normas en cuanto a funcionamiento y Presidencia.

#### **Artículo 9. Participación de la Administración General del Estado.**

1. El Gobierno, oído el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, determinará el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado y nivel de su dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

2. La financiación pública de este nivel de protección correrá a cuenta de la Administración General del Estado que fijará anualmente los recursos económicos en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 32.

#### **Artículo 10. Cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.**

1. En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán el marco de cooperación interadministrativa que se desarrollará mediante los correspondientes Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas.

2. A través de los Convenios a los que se refiere el apartado anterior, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones recogidos en el Capítulo II del presente Título, incrementando el nivel mínimo de protección fijado por el Estado de acuerdo con el artículo 9.

3. En aplicación de lo previsto en el apartado anterior, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecerá los criterios para determinar la intensidad de protección de cada uno de los servicios previstos en el



Catálogo, y la compatibilidad e incompatibilidad entre los mismos, para su aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto.

4. Los Convenios establecerán la financiación que corresponda a cada Administración para este nivel de prestación, en los términos establecidos en el artículo 32 y en la disposición transitoria primera de esta Ley, así como los términos y condiciones para su revisión. Igualmente, los Convenios recogerán las aportaciones del Estado derivadas de la garantía del nivel de protección definido en el artículo 9.

#### **Artículo 11. Participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema.**

1. En el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las siguientes funciones:

- a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia.
- b) Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia.
- c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención.
- d) Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad.
- e) Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención.
- f) Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios.
- g) Evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo.
- h) Aportar a la Administración General del Estado la información necesaria para la aplicación de los criterios de financiación previstos en el artículo 32.

2. En todo caso, las Comunidades Autónomas, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 podrán definir, con cargo a sus presupuestos, niveles de protección

adicionales al fijado por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9 y al acordado, en su caso, conforme al artículo 10, para los cuales podrán adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas.

#### **Artículo 12. Participación de las Entidades Locales.**

1. Las Entidades Locales participarán en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con la normativa de sus respectivas Comunidades Autónomas y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

2. Las Entidades Locales podrán participar en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la forma y condiciones que el propio Consejo disponga.

### **CAPÍTULO II**

#### **PRESTACIONES Y CATÁLOGO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

##### **Sección 1.ª Prestaciones del sistema**

#### **Artículo 13. Objetivos de las prestaciones de dependencia.**

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

#### **Artículo 14. Prestaciones de atención a la dependencia.**

1. Las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

2. Los servicios del Catálogo del artículo 15 tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

3. De no ser posible la atención mediante alguno de estos servicios, en los Convenios a que se refiere el artículo 10 se incorporará la prestación económica vinculada establecida en el artículo 17. Esta prestación irá destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención al que se refiere el artículo 29, debiendo ser prestado por una entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.
4. El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.
5. Las personas en situación de dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personal en los términos del artículo 19.
6. La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante. Hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad señalado, tendrán derecho a la prestación económica prevista en el artículo 17 de esta Ley.
7. A los efectos de esta Ley, la capacidad económica se determinará, en la forma que reglamentariamente se establezca, a propuesta del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en atención a la renta y el patrimonio del solicitante. En la consideración del patrimonio se tendrán en cuenta la edad del beneficiario y el tipo de servicio que se presta.

#### **Artículo 15. Catálogo de servicios.**

1. El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican en este capítulo:
  - a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
  - b) Servicio de Teleasistencia.
  - c) Servicio de Ayuda a domicilio:
    - (i) Atención de las necesidades del hogar.
    - (ii) Cuidados personales.
  - d) Servicio de Centro de Día y de Noche:

- (i) Centro de Día para mayores.
- (ii) Centro de Día para menores de 65 años.
- (iii) Centro de Día de atención especializada.
- (iv) Centro de Noche.
- e) Servicio de Atención Residencial:
  - (i) Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
  - (ii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

2. Los servicios establecidos en el apartado 1 se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

#### **Artículo 16. Red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.**

1. Las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados.
2. Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector.
3. Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente.
4. Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntarios y de las entidades del tercer sector.

#### **Sección 2.ª Prestaciones económicas**

##### **Artículo 17. Prestación económica vinculada al servicio.**

1. La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de

dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.

2. Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.

3. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.

#### **Artículo 18. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.**

1. Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.

*2. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.*

3. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.

4. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.

#### **Artículo 19. Prestación económica de asistencia personal.**

La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

## **Artículo 20. Cuantía de las prestaciones económicas.**

La cuantía de las prestaciones económicas reguladas en los artículos de esta Sección se acordará por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto.

### **Sección 3.ª Servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado**

## **Artículo 21. Prevención de las situaciones de dependencia.**

Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

## **Artículo 22. Servicio de Teleasistencia.**

1. El servicio de Teleasistencia facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

2. Este servicio se prestará a las personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

## **Artículo 23. Servicio de Ayuda a Domicilio.**

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:

- a) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.

b) Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.

#### **Artículo 24. Servicio de Centro de Día y de Noche.**

1. El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

2. La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

#### **Artículo 25. Servicio de Atención residencial.**

1. El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.

2. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

4. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.

### **CAPÍTULO III**

#### **LA DEPENDENCIA Y SU VALORACIÓN**

#### **Artículo 26. Grados de dependencia.**

1. La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

2. Cada uno de los grados de dependencia establecidos en el apartado anterior se clasificarán en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

3. Los intervalos para la determinación de los grados y niveles se establecerán en el baremo al que se refiere el artículo siguiente.

#### **Artículo 27. Valoración de la situación de dependencia.**

1. Las Comunidades Autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. El Consejo Territorial deberá acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas que, en todo caso, tendrán carácter público.

2. El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para su posterior aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto. Dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

3. El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso.

4. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión



para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

5. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

## CAPÍTULO IV

### RECONOCIMIENTO DEL DERECHO

#### **Artículo 28. Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema.**

1. El procedimiento se iniciará a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación, y su tramitación se ajustará a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con las especificidades que resulten de la presente Ley.

2. El reconocimiento de la situación de dependencia se efectuará mediante resolución expedida por la Administración Autonómica correspondiente a la residencia del solicitante y tendrá validez en todo el territorio del Estado.

3. La resolución a la que se refiere el apartado anterior determinará los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante según el grado y nivel de dependencia.

4. En el supuesto de cambio de residencia, la Comunidad Autónoma de destino determinará, en función de su red de servicios y prestaciones, los que correspondan a la persona en situación de dependencia.

5. Los criterios básicos de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y las características comunes del órgano y profesionales que procedan al reconocimiento serán acordados por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

6. Los servicios de valoración de la situación de dependencia, la prescripción de servicios y prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas previstas en la presente Ley, se efectuarán directamente por las Administraciones Públicas no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas.

#### **Artículo 29. Programa Individual de Atención.**

1. En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema

público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente.

2. El programa individual de atención será revisado:

- a) A instancia del interesado y de sus representantes legales.
- b) De oficio, en la forma que determine y con la periodicidad que prevea la normativa de las Comunidades Autónomas.
- c) Con motivo del cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma.

### **Artículo 30. Revisión del grado o nivel de dependencia y de la prestación reconocida.**

1. El grado o nivel de dependencia será revisable, a instancia del interesado, de sus representantes o de oficio por las Administraciones Públicas competentes, por alguna de las siguientes causas:

- a) Mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia.
- b) Error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo.

2. Las prestaciones podrán ser modificadas o extinguidas en función de la situación personal del beneficiario, cuando se produzca una variación de cualquiera de los requisitos establecidos para su reconocimiento, o por incumplimiento de las obligaciones reguladas en la presente Ley.

### **Artículo 31. Prestaciones de análoga naturaleza y finalidad.**

La percepción de una de las prestaciones económicas previstas en esta Ley deducirá de su cuantía cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos de protección social. En particular, se deducirán el complemento de gran invalidez regulado en el artículo 139.4 de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, el complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, y el subsidio de ayuda a tercera persona de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

## CAPÍTULO V

### FINANCIACIÓN DEL SISTEMA Y APORTACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

#### **Artículo 32. Financiación del Sistema por las Administraciones Públicas.**

1. La financiación del Sistema será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos.

2. La Administración General del Estado asumirá íntegramente el coste derivado de lo previsto en el artículo 9.

3. En el marco de cooperación interadministrativa previsto en el artículo 10, los Convenios que se suscriban entre la Administración General del Estado y cada una de las administraciones de las Comunidades Autónomas determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema. Dichos Convenios, que podrán ser anuales o plurianuales, recogerán criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y otros factores, y podrán ser revisados por las partes. La aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado como consecuencia de lo previsto en este apartado y en el anterior.

#### **Artículo 33. La participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones.**

1. Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.

2. La capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.

3. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fijará los criterios para la aplicación de lo previsto en este artículo, que serán desarrollados en los Convenios a que se refiere el artículo 10.

Para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.

4. Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

## TÍTULO II

### LA CALIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

#### CAPÍTULO I

##### MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DEL SISTEMA

#### **Artículo 34. Calidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.**

1. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fomentará la calidad de la atención a la dependencia con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones y servicios.
2. Sin perjuicio de las competencias de cada una de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, se establecerán, en el ámbito del Consejo Territorial, la fijación de criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado.
3. Asimismo, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, el Consejo Territorial acordará:
  - a) Criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.
  - b) Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.
  - c) Guías de buenas prácticas.
  - d) Cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

#### **Artículo 35. Calidad en la prestación de los servicios.**

1. Se establecerán estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo regulado en la presente Ley, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
2. Los centros residenciales para personas en situación de dependencia habrán de disponer de un reglamento de régimen interior, que regule su organización y funcionamiento, que incluya un sistema de gestión de calidad y que establezca la participación de los usuarios, en la forma que determine la Administración competente.
3. Se atenderá, de manera específica, a la calidad en el empleo así como a promover la profesionalidad y potenciar la formación en aquellas entidades que aspiren a

gestionar prestaciones o servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

## CAPÍTULO II

### FORMACIÓN EN MATERIA DE DEPENDENCIA

#### **Artículo 36. Formación y cualificación de profesionales y cuidadores.**

1. Se atenderá a la formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores que atiendan a las personas en situación de dependencia. Para ello, los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de servicios regulado en el artículo 15.
2. Los poderes públicos promoverán los programas y las acciones formativas que sean necesarios para la implantación de los servicios que establece la Ley.
3. Con el objetivo de garantizar la calidad del Sistema, se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales, patronales y del tercer sector.
3. A través de dicha red de comunicaciones se intercambiará información sobre las infraestructuras del sistema, la situación, grado y nivel de dependencia de los

## CAPÍTULO III

### SISTEMA DE INFORMACIÓN

#### **Artículo 37. Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.**

1. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del organismo competente, establecerá un sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas, así como la compatibilidad y articulación entre los distintos sistemas. Para ello, en el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se acordarán los objetivos y contenidos de la información.
2. El sistema contendrá información sobre el Catálogo de servicios e incorporará, como datos esenciales, los relativos a población protegida, recursos humanos,

infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de los servicios.

3. El sistema de información contemplará específicamente la realización de estadísticas para fines estatales en materia de dependencia, así como las de interés general supracomunitario y las que se deriven de compromisos con organizaciones supranacionales e internacionales.

#### **Artículo 38. Red de comunicaciones.**

1. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la utilización preferente de las infraestructuras comunes de comunicaciones y servicios telemáticos de las Administraciones Públicas, pondrá a disposición del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia una red de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información entre sus integrantes.

2. El uso y transmisión de la información en esta red estará sometido al cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y a los requerimientos de certificación electrónica, firma electrónica y cifrado, de acuerdo con la legislación vigente.

beneficiarios de las prestaciones, así como cualquier otra derivada de las necesidades de información en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

### **CAPÍTULO IV**

#### **ACTUACIÓN CONTRA EL FRAUDE**

##### **Artículo 39. Acción administrativa contra el fraude.**

Las Administraciones Públicas velarán por la correcta aplicación de los fondos públicos destinados al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, evitando la obtención o disfrute fraudulento de sus prestaciones y de otros beneficios o ayudas económicas que puedan recibir los sujetos que participen en el Sistema o sean beneficiarios del mismo. Igualmente establecerán medidas de control destinadas a detectar y perseguir tales situaciones.

A tales efectos, las Administraciones Públicas desarrollarán actuaciones de vigilancia del cumplimiento de esta Ley y ejercerán las potestades sancionadoras conforme a lo previsto en el Título III de la misma, haciendo uso, en su caso, de las fórmulas de cooperación interadministrativa contenidas en esta Ley.

## CAPÍTULO V

### ÓRGANOS CONSULTIVOS DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

#### **Artículo 40. Comité Consultivo.**

1. Se crea el Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como órgano asesor, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el mismo.
2. Sus funciones serán las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento de dicho Sistema.
3. La composición del Comité tendrá carácter tripartito, en tanto que integrado por las Administraciones públicas, las organizaciones empresariales y las organizaciones sindicales, y paritario entre Administraciones Públicas por una parte y organizaciones sindicales y empresariales por otra, en los términos establecidos en el siguiente apartado. Los acuerdos del Comité se adoptarán por mayoría de los votos emitidos en cada una de las partes, requiriendo así la mayoría de los votos de las Administraciones Públicas y la mayoría de los votos de las organizaciones sindicales y empresariales.
4. El Comité Consultivo estará presidido por el representante de la Administración General del Estado que designe el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Su funcionamiento se regulará por su reglamento interno. Estará integrado por los siguientes miembros, nombrados en los términos que se establezcan reglamentariamente:
  - a) Seis representantes de la Administración General del Estado.
  - b) Seis representantes de las administraciones de las Comunidades Autónomas.
  - c) Seis representantes de las Entidades locales.
  - d) Nueve representantes de las organizaciones empresariales más representativas.
  - e) Nueve representantes de las organizaciones sindicales más representativas.

#### **Artículo 41. Órganos consultivos.**

1. Serán órganos consultivos de participación institucional del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia los siguientes:

El Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El Consejo Estatal de Personas Mayores.

El Consejo Nacional de la Discapacidad.

El Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

2. Las funciones de dichos órganos serán las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema.



## TÍTULO III

### INFRACCIONES Y SANCIONES

#### Artículo 42. Responsables.

1. Sólo podrán ser sancionadas por hechos constitutivos de infracción administrativa las personas físicas o jurídicas que resulten responsables de los mismos.
2. Se consideran autores de las infracciones tipificadas por esta Ley quienes realicen los hechos por sí mismos, conjuntamente o a través de persona interpuesta.
3. Tendrán también la consideración de autores quienes cooperen en su ejecución mediante una acción u omisión sin la cual la infracción no hubiese podido llevarse a cabo.

#### Artículo 43. Infracciones.

Constituirá infracción:

- a) Dificultar o impedir el ejercicio de cualesquiera de los derechos reconocidos en esta Ley.
- b) Obstruir la acción de los servicios de inspección.
- c) Negar el suministro de información o proporcionar datos falsos.
- d) Aplicar las prestaciones económicas a finalidades distintas a aquellas para las que se otorgan, y recibir ayudas, en especie o económicas, incompatibles con las prestaciones establecidas en la presente Ley.
- e) Incumplir las normas relativas a la autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de servicios de atención a personas en situación de dependencia.
- f) Tratar discriminatoriamente a las personas en situación de dependencia.
- g) Conculcar la dignidad de las personas en situación de dependencia.
- h) Generar daños o situaciones de riesgo para la integridad física o psíquica.
- i) Incumplir los requerimientos específicos que formulen las Administraciones Públicas competentes.

#### Artículo 44. Clasificación de las infracciones.

1. Las infracciones se clasificarán en leves, graves y muy graves, de acuerdo con criterios de riesgo para la salud, gravedad de la alteración social producida por los hechos, cuantía del beneficio obtenido, intencionalidad, número de afectados y reincidencia.

2. Se calificarán como leves las infracciones tipificadas de acuerdo con el artículo 43 cuando se hayan cometido por imprudencia o simple negligencia, y no comporten un perjuicio directo para las personas en situación de dependencia.

3. Se calificarán como infracciones graves las tipificadas de acuerdo con el artículo 43 cuando comporten un perjuicio para las personas, o se hayan cometido con dolo o negligencia grave. También tendrán la consideración de graves, aquellas que comporten cualesquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Reincidencia de falta leve.
- b) Negativa absoluta a facilitar información o a prestar colaboración a los servicios de inspección, así como el falseamiento de la información proporcionada a la Administración.
- c) Coacciones, amenazas, represalias o cualquier otra forma de presión ejercitada sobre las personas en situación de dependencia o sus familias.

4. Se calificarán como infracciones muy graves todas las definidas como graves siempre que concurren alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Que atenten gravemente contra los derechos fundamentales de la persona.
- b) Que se genere un grave perjuicio para las personas en situación de dependencia o para la Administración.
- c) Que supongan reincidencia de falta grave.

5. Se produce reincidencia cuando, al cometer la infracción, el sujeto hubiera sido ya sancionado por esa misma falta, o por otra de gravedad igual o mayor o por dos o más infracciones de gravedad inferior, durante los dos últimos años.

#### **Artículo 45. Sanciones.**

1. Las infracciones a la presente Ley serán sancionadas por las administraciones competentes con pérdida de las prestaciones y subvenciones para las personas beneficiarias; con multa para los cuidadores no profesionales; y con multa y, en su caso, pérdida de subvenciones, cese temporal de la actividad o cierre del establecimiento, local o empresa para las empresas proveedoras de servicios. En todo caso, la sanción implicará el reintegro de las cantidades indebidamente percibidas.

2. La graduación de las sanciones será proporcional a la infracción cometida y se establecerá ponderándose según los siguientes criterios:

- a) Gravedad de la infracción.
- b) Gravedad de la alteración social y perjuicios causados.
- c) Riesgo para la salud.

- d) Número de afectados.
- e) Beneficio obtenido.
- f) Grado de intencionalidad y reiteración.

3. La graduación de las multas se ajustará a lo siguiente:

- a) Por infracción leve, multa de hasta 300 euros a los cuidadores y hasta treinta mil euros a los proveedores de servicios.
- b) Por infracción grave, multa de trescientos a tres mil euros a los cuidadores; y de treinta mil uno a noventa mil euros a los proveedores de servicios.
- c) Por infracción muy grave, multa de tres mil uno a seis mil euros a los cuidadores; y de noventa mil uno hasta un máximo de un millón euros a los proveedores de servicios.

4. En los supuestos en los que se acuerde la suspensión de prestaciones o subvenciones, ésta se graduará entre uno y seis meses según la gravedad de la infracción.

5. Además, en los casos de especial gravedad, reincidencia de la infracción o trascendencia notoria y grave, las infracciones muy graves se sancionarán con la suspensión temporal de la actividad por un máximo de cinco años o, en su caso, con el cierre de la empresa o la clausura del servicio o establecimiento.

6. Durante la sustanciación del procedimiento sancionador, la Administración competente podrá acordar, como medida cautelar, la suspensión de cualquier tipo de ayudas o subvención de carácter financiero que el particular o la entidad infractora haya obtenido o solicitado de dicha Administración Pública.

7. Durante la sustanciación del procedimiento por infracciones graves o muy graves, y ante la posibilidad de causar perjuicios de difícil o imposible reparación, la Administración competente podrá acordar, como medida cautelar, el cierre del centro o la suspensión de la actividad.

#### **Artículo 46. Prescripción.**

1. Las infracciones a que se refiere la presente Ley prescribirán:

- a) Al año, las leves.
- b) A los tres años, las graves.
- c) A los cuatro años, las muy graves.

2. El plazo de prescripción comenzará a contarse a partir del día que se haya cometido la infracción y se interrumpirá por la iniciación, con conocimiento del interesado, del procedimiento sancionador.

3. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescribirán a los cinco años, por faltas graves a los cuatro años y por faltas leves al año.

#### **Artículo 47. Competencias.**

1. Las Comunidades Autónomas desarrollarán el cuadro de infracciones y sanciones previstas en la presente Ley.

2. La incoación e instrucción de los expedientes sancionadores, así como la imposición de las correspondientes sanciones, corresponderá a cada Administración Pública en el ámbito de sus respectivas competencias.

3. En el ámbito de la Administración General del Estado será órgano competente para imponer las sanciones por conductas previstas como infracciones en el artículo 43:

a) El titular de la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, cuando se trate de sanciones por la comisión de infracciones leves.

b) El titular de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, cuando se trate de sanciones por la comisión de infracciones graves.

c) El titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cuando se trate de sanciones por la comisión de infracciones muy graves, si bien se requerirá el acuerdo previo del Consejo de Ministros cuando las sanciones sean de cuantía superior a 300.000 euros o en los supuestos de cierre de la empresa o clausura del servicio o establecimiento.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA. FINANCIACIÓN DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS GARANTIZADOS POR LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO.**

La Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada ejercicio determinará la cuantía y la forma de abono a las Comunidades Autónomas de las cantidades necesarias para la financiación de los servicios y prestaciones previstos en el artículo 9 de esta Ley.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA. RÉGIMEN APLICABLE A LOS SISTEMAS DE CONCIERTO Y CONVENIO.**

La financiación de los servicios y prestaciones del Sistema en la Comunidad Autónoma del País Vasco y en la Comunidad Foral de Navarra que corresponda,

según lo previsto en el artículo 32 de esta Ley, a la Administración General del Estado con cargo a su presupuesto de gastos se tendrá en cuenta en el cálculo del cupo vasco y de la aportación navarra, de conformidad con el Concierto Económico entre el Estado y la Comunidad del País Vasco y con el Convenio Económico entre el Estado y la Comunidad Foral de Navarra, respectivamente.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA. AYUDAS ECONÓMICAS PARA FACILITAR LA AUTONOMÍA PERSONAL.**

La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:

- a) A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- b) A facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL CUARTA. SEGURIDAD SOCIAL DE LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES.**

Reglamentariamente el Gobierno determinará la incorporación a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales en el Régimen que les corresponda, así como los requisitos y procedimiento de afiliación, alta y cotización.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINTA. REGISTRO DE PRESTACIONES SOCIALES PÚBLICAS.**

La prestación económica vinculada al servicio, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y la prestación económica de asistencia personalizada, reguladas en esta ley, quedan integradas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas. Con tal fin, las entidades y organismos que gestionen dichas prestaciones vendrán obligados a suministrar los datos que, referentes a las que se hubiesen concedido, se establezcan en las normas de desarrollo de esta Ley.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SEXTA. MODIFICACIÓN DEL REAL DECRETO LEGISLATIVO 3/2004, DE 5 DE MARZO, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS.**

Se añade un nuevo apartado al artículo 7 del texto refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo, con el siguiente texto:

«v) Las prestaciones económicas públicas vinculadas al servicio para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personalizada que se derivan de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia.»

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SÉPTIMA. INSTRUMENTOS PRIVADOS PARA LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA.**

1. El Gobierno, en el plazo de seis meses, promoverá las modificaciones legislativas que procedan, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.
2. Con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la presente Ley, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL OCTAVA. TERMINOLOGÍA.**

Las referencias que en los textos normativos se efectúan a «minusválidos» y a «personas con minusvalía», se entenderán realizadas a «personas con discapacidad». A partir de la entrada en vigor de la presente Ley, las disposiciones normativas elaboradas por las Administraciones Públicas utilizarán los términos «persona con discapacidad» o «personas con discapacidad» para denominarlas.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL NOVENA. EFECTIVIDAD DEL RECONOCIMIENTO DE LAS SITUACIONES VIGENTES DE GRAN INVALIDEZ Y DE NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA.**

Quienes tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de asistencia de tercera persona según el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, tendrán reconocido el requisito de encontrarse en situación de dependencia, en el grado y nivel que se disponga en el desarrollo reglamentario de esta Ley.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL DÉCIMA. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.**

1. Los poderes públicos fomentarán la innovación en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida y la atención de las personas en situación de dependencia. Para ello, promoverán la investigación en las áreas relacionadas con la dependencia en los planes de I+D+I.

2. Las Administraciones Públicas facilitarán y apoyarán el desarrollo de normativa técnica, de forma que asegure la no discriminación en procesos, diseños y desarrollos de tecnologías, productos y servicios, en colaboración con las organizaciones de normalización y todos los agentes implicados.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL UNDÉCIMA. CIUDADES DE CEUTA Y MELILLA.**

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales suscribirá acuerdos con las Ciudades de Ceuta y Melilla sobre centros y servicios de atención a la dependencia en ambas Ciudades, pudiendo participar en el Consejo Territorial del Sistema en la forma que éste determine.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL DUODÉCIMA. DIPUTACIONES FORALES, CABILDOS Y CONSEJOS INSULARES.**

En la participación de las entidades territoriales en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se tendrán en cuenta las especificidades reconocidas a las Diputaciones Forales en el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, a los Cabildos en el caso de la Comunidad Autónoma de Canarias y a los Consejos Insulares en el caso de la Comunidad Autónoma de Illes Balears.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL DECIMOTERCERA. PROTECCIÓN DE LOS MENORES DE 3 AÑOS.**

1. Sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de dependencia. El instrumento de valoración previsto en el artículo 27 de esta Ley incorporará a estos efectos una escala de valoración específica.

2. La atención a los menores de 3 años, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior, se integrará en los diversos niveles de protección establecidos en el artículo 7 de esta Ley y sus formas de financiación.

3. En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se promoverá la adopción de un plan integral de atención para estos menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL DECIMOCUARTA. FOMENTO DEL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**

Las entidades privadas que aspiren a gestionar por vía de concierto prestaciones o servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia deberán acreditar con carácter previo, en el caso de que vinieran obligadas a ello, el cumplimiento de la cuota de reserva para personas con discapacidad o, en su defecto, las medidas de carácter excepcional establecidas en el artículo 38 de la Ley 13/1082, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, y reguladas en el Real Decreto 364/2005, de 8 de abril.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL DECIMOQUINTA. GARANTÍA DE ACCESIBILIDAD Y SUPRESIÓN DE BARRERAS.**

Las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizarán las condiciones de accesibilidad en los entornos, procesos y procedimientos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en los términos previstos en la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL DECIMOSEXTA. PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS.**

Se modifica el apartado 2 del artículo 145 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en los siguientes términos:

Las cuantías resultantes de lo establecido en el apartado anterior de este artículo, calculadas en cómputo anual, son compatibles con las rentas o ingresos anuales de que, en su caso, disponga cada beneficiario, siempre que los mismos no excedan del 25 por 100 del importe, en cómputo anual, de la pensión no contributiva. En caso contrario, se deducirá del importe de la pensión no contributiva la cuantía de las rentas o ingresos que excedan de dicho porcentaje, salvo lo dispuesto en el artículo 147.

#### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA. PARTICIPACIÓN EN LA FINANCIACIÓN DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.**

Durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015, y para favorecer la implantación progresiva del Sistema, la Administración General del Estado establecerá anualmente en sus Presupuestos créditos para la celebración de los convenios con las administraciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con el artículo 10 de esta Ley.



## **DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA.**

Durante un periodo máximo de seis meses desde la fecha de inicio para la presentación de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, quedará en suspenso lo previsto en el artículo 28.6 sobre delegación, contratación o concierto.

## **DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA. APLICACIÓN PROGRESIVA DE LA LEY.**

1. La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia incluidas en la presente Ley se ejercerá progresivamente, de modo gradual y se realizará de acuerdo con el siguiente calendario a partir del 1 de enero de 2007:

El primer año a quienes sean valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 2 y 1.

En el segundo y tercer año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 2.

En el tercero y cuarto año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 1.

El quinto y sexto año a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2.

El séptimo y octavo año a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 1.

2. El reconocimiento del derecho contenido en las resoluciones de las administraciones públicas competentes generará el derecho de acceso a los servicios y prestaciones correspondientes, previstos en los artículos 17 a 25 de esta Ley, a partir del inicio de su año de implantación de acuerdo con el calendario del apartado 1 de esta disposición o desde el momento de su solicitud de reconocimiento por el interesado, si ésta es posterior a esa fecha.

3. Transcurridos los primeros tres años de aplicación progresiva de la Ley, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia realizará una evaluación de los resultados de la misma, proponiendo las modificaciones en la implantación del Sistema que, en su caso, estime procedentes.

4. En la evaluación de los resultados a que se refiere el apartado anterior se efectuará informe de impacto de género sobre el desarrollo de la Ley.

## **DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. CONSEJO TERRITORIAL DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.**

En el plazo máximo de tres meses desde la entrada en vigor de la presente Ley, deberá constituirse el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia regulado en el artículo 8.

## **DISPOSICIÓN FINAL TERCERA. COMITÉ CONSULTIVO.**

En el plazo máximo de tres meses desde la entrada en vigor de la presente Ley, deberá constituirse el Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia regulado en el artículo 40.

## **DISPOSICIÓN FINAL CUARTA. MARCO DE COOPERACIÓN INTERADMINISTRATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA LEY.**

En el plazo máximo de tres meses desde su constitución, el Consejo Territorial del Sistema acordará el marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10, así como el calendario para el desarrollo de las previsiones contenidas en la presente Ley.

## **DISPOSICIÓN FINAL QUINTA. DESARROLLO REGLAMENTARIO.**

En el plazo máximo de tres meses tras la constitución del Consejo y de conformidad con los correspondientes acuerdos del Consejo Territorial del Sistema, se aprobará la intensidad de protección de los servicios previstos de acuerdo con los artículos 10.3 y 15, así como el baremo para la valoración del grado y niveles de dependencia previstos en los artículos 26 y 27.

## **DISPOSICIÓN FINAL SEXTA. INFORME ANUAL.**

1. El Gobierno deberá informar a las Cortes anualmente de la ejecución de las previsiones contenidas en la presente Ley.
2. Dicho informe incorporará la memoria del Consejo Territorial y el dictamen de los Órganos Consultivos.

## **DISPOSICIÓN FINAL SÉPTIMA. HABILITACIÓN NORMATIVA.**

Se faculta al Gobierno para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley. Disposición final octava. Fundamento constitucional. Esta Ley se dicta al amparo de la competencia exclusiva del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales, conforme al artículo 149.1.1.<sup>ª</sup> de la Constitución.

## **DISPOSICIÓN FINAL NOVENA. ENTRADA EN VIGOR.**

La presente Ley entrará en vigor el primer día del mes siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

## **Orden SAN/28/2009, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.**

**Boletín Oficial de Cantabria, número 182, de 22 de septiembre de 2009**

El reconocimiento y la plasmación jurídica de los derechos y de los deberes de los pacientes y usuarios sanitarios se recogen por vez primera en nuestra legislación en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, dentro del marco jurídico anterior, relaciona en el Capítulo I y II del Título Tercero, los derechos y los deberes de los ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recoge con carácter básico, derechos esenciales de los pacientes y usuarios, definiendo ambos conceptos.

Es tarea de los poderes públicos la protección jurídica de los derechos reconocidos, pero también, en una misma dimensión e importancia, la codificación y difusión de los mismos, de tal manera, que todos los ciudadanos puedan tener un rápido acceso al conocimiento de sus obligaciones y derechos.

Sólo con un conocimiento exacto de los derechos pueden éstos ser ejercitados por sus titulares y, en perfecta correspondencia, sólo podrán ser exigibles las obligaciones al usuario cuando conozca su contenido.

Dentro de la ordenación sanitaria de Cantabria, la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, configura un marco garantista de los derechos y de los deberes de los ciudadanos. Así en el artículo 54, apartado 1, de la Ley se encomienda al Gobierno de Cantabria que garantice a los ciudadanos el pleno ejercicio del régimen de derechos y obligaciones reconocidos en la citada Ley, para lo que se establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de sus condiciones. Para el

cumplimiento de estas garantías, el apartado 2 del mismo artículo, establece que se llevarán a cabo las actuaciones siguientes:

- a. Medidas para garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes.
- b. Creación de una unidad específica de atención al usuario del Sistema Autonómico de Salud en la Consejería competente en materia de sanidad.

Entre las medidas indicadas, el artículo 55 del citado texto legal, prevé, en su apartado 2, la elaboración de una Carta de Derechos y Deberes del Ciudadano en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria, que será suficientemente difundida a la población.

Por esta razón, parece oportuno que se avance en la línea señalada y se desarrollen y plasmen en esta Carta, los Derechos y Deberes que van a definir el estatuto jurídico del paciente y usuario del Sistema Autonómico de Salud. Esta Carta sitúa al paciente como centro del Sistema Sanitario y le otorga una garantía jurídica que le va a permitir, no sólo conocer mejor sus derechos y obligaciones, sino también ejercerlos y va a incrementar, sin duda, su seguridad jurídica y la de los profesionales sanitarios en su ejercicio diario.

En virtud de lo expuesto, y de acuerdo con el artículo 33 f) de la Ley de Cantabria 6/2002, de 10 de diciembre, de Régimen Jurídico del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria,

## **DISPONGO**

### **Artículo 1. Aprobación.**

Se aprueba la Carta Derechos y Deberes de los Ciudadanos del Sistema Autonómico de Salud de Cantabria que se incorpora como anexo a la presente Orden.

### **Artículo 2. Difusión.**

Se ordena la difusión de la Carta de los Derechos y Deberes de los Ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria con arreglo a las siguientes directrices:

- a) El Servicio de Atención al Usuario de la Consejería de Sanidad se encargará de la elaboración de los soportes informáticos y documentales a los que se incorporará la Carta, así como de su difusión entre los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrantes del Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.
- b) Los responsables de los centros, servicios y establecimientos sanitarios deberán mantener el material en el que se recoja la Carta a disposición de los pacientes o usuarios sanitarios y, especialmente, en las zonas habilitadas para la atención al público.
- c) Los carteles que se confeccionen se fijarán en los lugares de mayor tránsito de pacientes o usuarios, de acuerdo con las características de los centros.

d) Los folletos, dípticos y hojas informativas se habilitarán en mostradores y lugares que puedan ser fácilmente accesibles a los usuarios para su consulta.

## DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA

Entrada en vigor

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Cantabria.

## ANEXO

### **CARTA DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS EN EL SISTEMA AUTONÓMICO DE SALUD DE CANTABRIA**

El Sistema Autonómico de Salud de Cantabria y los establecimientos, centros y servicios públicos y privados, dependientes del mismo, se comprometen con la ciudadanía, por medio de la presente Carta de Derechos y Deberes y las manifestaciones en que se concretan.

#### 1.- DERECHOS DE LOS CIUDADANOS EN RELACIÓN CON LA SALUD Y LA ASISTENCIA SANITARIA

1.1.- Los ciudadanos de Cantabria tienen derecho al disfrute de un medio ambiente saludable con el adecuado control sanitario, así como a recibir información sobre los riesgos reales y potenciales para la salud de la comunidad.

1.2.- Los ciudadanos tienen derecho a ser informados por la autoridad sanitaria de los problemas de salud de la colectividad que supongan un riesgo real, una incidencia significativa o un interés para la comunidad.

1.3.- Los ciudadanos tienen derecho a ser informados de los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud y a participar en la política sanitaria y en la actividad de los organismos sanitarios públicos, con lealtad al interés general y a la promoción del bienestar social.

1.4.- La autoridad sanitaria reconoce el derecho de los ciudadanos a recibir información sanitaria clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada y de calidad.

1.5.- En los centros sanitarios, los usuarios tienen derecho a recibir información sobre:

- a) La Carta de Derechos y Deberes como marco de relación entre el centro y los usuarios.
- b) El funcionamiento general del centro y sus normas, las prestaciones y la cartera de servicios, así como las vías para obtener información complementaria.
- c) La identidad de los profesionales bajo cuya responsabilidad se presta la atención sanitaria.

d) Los procedimientos para presentar sugerencias y reclamaciones, que deberán ser contestadas por el centro en los plazos y términos reglamentariamente establecidos.

1.6.- El usuario tiene el derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos, los cuales ofrecerán una asistencia de calidad en el marco del aseguramiento público.

BOC - Número 182 Martes, 22 de septiembre de 2009 Página 12259

1.7.- El usuario tiene derecho a la libre elección de médico, dentro del Sistema Sanitario Público de Cantabria, sin otras limitaciones que las derivadas de las necesidades de la organización sanitaria; así mismo, tiene derecho a la calidad en la prestación, a la continuidad de cuidados, al tratamiento por procesos y a la disponibilidad efectiva en el momento que se necesite la prestación del servicio.

1.8.- Se reconoce a los usuarios el derecho a solicitar una segunda opinión de otro profesional con el objetivo de obtener información complementaria o alternativa sobre el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas de gran trascendencia.

1.9.- El usuario tiene derecho a rechazar acciones preventivas cuando no comporten riesgos a terceros.

1.10.- El usuario tiene derecho a no sufrir mayor demora, para primera consulta de especialistas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas que la reconocida en el marco de la Ley de Cantabria 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria.

## 2.- DERECHOS RELACIONADOS CON EL RESPETO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

2.1.- El consentimiento previo e inequívoco del paciente constituye un requisito indispensable para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y deberá estar precedido de la información precisa, clara y completa por parte del equipo responsable de los mismos, excepto cuando existe una situación de riesgo en la que la demora asistencial pueda ocasionar perjuicios irreversibles o la muerte.

2.2.- Los pacientes podrán rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, estando obligados a registrar tal negativa por escrito.

2.3.- El paciente tiene derecho al respeto de su voluntad expresada con carácter previo, para aquellos casos en que las circunstancias del momento le impidan expresarla de manera personal, actual y consciente.

2.4.- El paciente afectado por un proceso en fase terminal, tiene derecho a afrontarlo con dignidad y a que sus familiares y personas próximas le acompañen en la intimidad y reciban el trato apropiado al momento. Además, tiene derecho a recibir tratamientos paliativos y a aliviar el dolor, aunque esto acelere el éxitus.



2.5.- El paciente de los servicios sanitarios tiene derecho a ser atendido en un medio que garantice su intimidad, dignidad, autonomía y seguridad.

2.6.- El paciente tiene derecho a que se garantice la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en centros sanitarios.

2.7.- El paciente tiene derecho a ser informado de los resultados de las pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Además, es el titular del derecho a la información asistencial, respetando también su voluntad en el caso de que no quiera ser informado.

2.8.- El paciente tiene derecho a disponer de la información escrita sobre su proceso asistencial y estado de salud en términos comprensibles. En este contexto, tiene derecho a acceder a la documentación de su historia clínica y a obtener una copia de los datos que en ella figuren.

2.9.- El paciente tiene derecho a una asistencia sanitaria de calidad humana, que incorpore en lo posible los adelantos científicos y que sea cuidadosa con sus valores, creencias y dignidad.

2.10.- El paciente tiene derecho a conocer y autorizar, en su caso, si los procedimientos y el tratamiento que ha recibido pueden ser utilizados en investigación y experimentación.

### 3.- DEBERES DE LOS CIUDADANOS EN RELACIÓN CON LA SALUD Y LA ATENCIÓN SANITARIA

3.1.- El ciudadano debe hacer buen uso de las prestaciones y derechos de acuerdo con sus necesidades de salud y en función de las disponibilidades del Sistema Sanitario.

3.2.- El ciudadano debe cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria y comunes a toda la población, así como aquellas específicas determinadas por los servicios sanitarios, sin perjuicio de ejercer el derecho a la libre elección entre las opciones terapéuticas y de renunciar a recibir el tratamiento médico o las actuaciones sanitarias propuestas.

3.3.- El usuario debe utilizar de manera responsable las instalaciones y los servicios sanitarios con el fin de garantizar su conservación y funcionamiento.

3.4.- El usuario debe mantener el respeto a las normas establecidas en cada centro y a la dignidad personal y profesional de los trabajadores que prestan los servicios, así como a los otros enfermos o personas que se encuentren en los centros sanitarios.

3.5.- El paciente está obligado a firmar el documento pertinente en el caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas.

3.6.- El paciente, en aras de un correcto uso de los servicios sanitarios, está obligado a aceptar el alta:

- a) Una vez finalice su proceso asistencial.
- b) Cuando se compruebe que su situación clínica no mejorará prolongando su estancia.
- c) Cuando la complejidad de su enfermedad aconseje su traslado a un centro especializado.

#### 4.- GARANTÍAS DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS

4.1.- Los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y privados, deberán disponer y, en su caso, tener permanentemente a disposición de los usuarios:

- a) Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
- b) Formularios de sugerencias y reclamaciones.
- c) Personal y locales bien identificados para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público.

4.2.- El Sistema Autonómico de Salud de Cantabria dispone de un Servicio de Atención al Usuario, que depende orgánicamente de la Consejería de Sanidad y ejerce su cometido con autonomía funcional.

Este Servicio tiene, entre otras, las siguientes misiones:

- a) Recabar información sobre aspectos relativos al funcionamiento de los servicios del Sistema Autonómico de Salud de Cantabria.
- b) Recibir cuantas sugerencias u observaciones deseen realizar los ciudadanos en su relación con el Sistema Autonómico de Salud.
- c) Favorecer la intermediación en los conflictos que planteen los ciudadanos como usuarios del Sistema Autonómico de Salud.
- d) Canalizar todas aquellas quejas, reclamaciones o propuestas de los ciudadanos no resueltas en los distintos niveles del Sistema Autonómico de Salud.
- e) Obtener, en los plazos y con los procedimientos reglamentarios establecidos, la información relativa a las quejas y reclamaciones formuladas por los usuarios de los servicios sanitarios.