

LA NUEVA ORDENACION HOSPITALARIA EN EL DERECHO ITALIANO

1. *Perspectiva histórica del ordenamiento hospitalario italiano.*

En el ordenamiento jurídico anterior a la Ley de 1865, unificadora de la legislación administrativa, la asistencia hospitalaria en los Estados italianos se realizaba por Instituciones pías, fundadas y regidas por Ordenes religiosas. Existían, no obstante, normas fragmentarias que estaban dedicadas únicamente a la administración de los hospitales (1).

A título de curiosidad, indica BODDA, recordamos cómo el comandante de las tropas francesas estacionadas en la República romana el 18 de julio de 1789, dictó una «Ley sobre la administración de los hospitales», impregnada de las ideas que dominaban en Francia después de la Revolución. Constituye esta Ley un primer ejemplo de legislación exclusiva y general sobre hospitales (2).

La influencia francesa en el complejo hospitalario sólo produjo interferencias pasajeras. En los sitios donde el concepto de separación administrativa se desarrolló, como en el Piamonte, se introdujeron órganos superiores laicos de vigilancia sobre cada ente. En los Estados donde la influencia francesa se hizo sentir más acusadamente, la tendencia general fue la de la confiscación de los bienes y medidas similares; de todas formas siempre se trataba de la laicización.

En Nápoles, en 1806, se confiaron al Ministerio del Interior todos los hospitales. En el Estado pontificio, en 1809, se nombró una Comisión única para los hospitales, y se crearon agrupaciones de entes en categorías especiales. En Parma, en 1806, se fundaron los Hospicios civiles, con administración única y en la Lombardía-Veneto se creó en el Ministerio del Culto una Comisión general de administración, y se agruparon las administraciones hospitalarias de cada unidad en una sola.

Esta orientación perduró incluso con la Restauración. En el Reino de Nápoles continuaron los Consejos de Hospicios; en la Lombardía-

(1) BODDA, *Gli ospedali e le farmacie*, in "Atti del Congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione", Vicenza, 1967, pág. 11.

(2) BODDA, ob. cit., pág. 12. Sobre la evolución histórica del Derecho hospitalario; Nasalli Rocca, *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, Milano, 1956.

Veneto existió un Consejo general, y en los Ducados de Parma y Piacenza los Hospicios tuvieron nuevas reglamentaciones.

Restaurado el Gobierno pontificio, y después de un restablecimiento inicial y programático de la antigua situación, se fundó en el año 1816 un Instituto General de Caridad y en 1826 se concretó una agrupación de los institutos hospitalarios romanos bajo la dependencia administrativa del Comendador del Espíritu Santo como Presidente, mientras que el Papa asumía nuevamente, y de forma directa, la superioridad inmediata sobre los hospitales.

Esta reforma administrativa duró poco tiempo, puesto que en 1829 se volvió al criterio de la separación administrativa (3).

En el Reino Piamontés existía una poco conocida instrucción del Consejo Superior de Sanidad, del 14 de junio de 1849, que trataba de los principios de higiene relativos a los hospitales, la compilación de las estadísticas sanitarias, la anotación de los casos clínicos más relevantes a los efectos del desarrollo de la ciencia médica, así como de las normas relativas a los asistentes. De este mismo Reino hay que citar el Real Decreto de 19 de agosto de 1851, relativo a los gastos de hospitalización, Real Decreto que contiene el germen de lo que más tarde será el «domicilio di soccorso» (4).

La Ley de Instituciones pías de 3 de agosto de 1862, así como su reglamento de 27 de noviembre del mismo año, son dos disposiciones fundamentales, porque ponen en orden las Instituciones pías existentes en aquel momento, y aunque no contengan disposiciones específicas sobre los hospitales, era indudable que cada uno debía tener un estatuto y un reglamento para disciplinar sus funciones (5).

La Ley de Sanidad de 20 de marzo de 1865 y su reglamento de 8 de junio de 1865 tratan poco de los hospitales, aunque contienen normas referentes a la separación de los enfermos contagiosos de los comunes, al aislamiento de la sala mortuoria y a la limitación de cincuenta enfermos por cada médico (6).

La aplicación de la Ley de 1862 demostró la necesidad de su reforma en diferentes aspectos. Ello se realizó por la importantísima Ley de 17 de julio de 1890 y por su Reglamento de 5 de febrero de 1891, disposiciones que tratan de la administración y contabilidad de las instituciones pías.

A juicio de NASALLI ROCCA, los criterios fundamentales que presidían la Ley de 1890 eran los siguientes:

- a) Hacía más modernas y actuales las finalidades de las instituciones, que no satisfacían las necesidades públicas vitales de la asistencia, y que no estaban acordes con la ética política de la época.
- b) Concentraba instituciones de naturaleza afin, para evitar duplicidades y gastos superfluos de administraciones autónomas.

(3) Tomamos estas notas de Nasalli ROCCA, ob. cit., págs. 222 a 225 inclusive.

(4) BODDA, ob. cit., pág. 12. El «domicilio di soccorso» es una institución que hace referencia al ente que sufraga los gastos de la asistencia prestada a los pobres.

(5) BODDA, ob. cit., pág. 12.

(6) Nasalli Rocca, ob. cit., pág. 230.

- c) Devolvía a las Congregaciones de Caridad comunal, los patrimonios de beneficencia que no se estimaban oportunos concentrar (7).

Con relación a las normas relativas a los hospitales, el artículo 1.º, apartado a), trata de los fines de las instituciones pías, uno de los cuales podía ser la prestación de asistencia a los pobres, tanto enfermos como sanos, con evidente alusión a los hospitales. Los artículos 78 a 98 tratan del internado de urgencia y de las controversias entre entes públicos relativas a los reembolsos por la hospitalización (8).

De una forma más precisa, el artículo 79 habla de los hospitales y de otras instituciones que tengan como fin exclusivo o parcial la hospitalización o curación de enfermos o heridos, pudiendo ser hospitalizadas incluso las mujeres que, estando a punto de dar a luz, no tengan hogar (9).

En el artículo 97, párrafo 2, se indicaba que en el plazo de tres años contados desde la entrada en vigor de la Ley, el Gobierno presentaría al Parlamento una relación sobre el servicio de hospitales y sobre los gastos por hospitalización, proponiendo además las disposiciones legislativas que estimara oportunas.

En cumplimiento de este apartado se redactó en 1896 el proyecto de Ley RUDINI, que tendía a regular de modo uniforme en todo el Reino de Italia lo referente a los gastos de hospitalización.

D'AMELIO ha indicado que en este proyecto, mientras se formulaba teóricamente el deseo de que pudiera triunfar en la legislación italiana el principio de la asistencia gratuita por reciprocidad, se reconocía, sin embargo, la imposibilidad práctica de aplicar tal principio, y se mantenía, por consiguiente, la repercutibilidad de los gastos por hospitalización contra los Municipios del «domicilio di soccorso» (10).

El proyecto RUDINI, al que el Consejo de Estado introdujo algunas modificaciones, no se presentó al Parlamento, pero sirvió de base para el segundo proyecto presentado al Senado por el Ministro PELLOUX, en la Sesión de 18 de mayo de 1900. Este proyecto reproducía las líneas generales del anterior, al que introdujo modificaciones e innovaciones, especialmente en lo referente a la duración de la residencia necesaria para ser acreedor del «domicilio di soccorso», duración que se redujo a dos años. El proyecto no se examinó por la clausura de la Sesión (11).

El tercer proyecto fue presentado por SONNINO a la Cámara de Diputados en la Sesión de 26 de febrero de 1910. Este proyecto estaba informado por el principio de la gratuidad de la asistencia para los enfermos pobres, hasta el límite que consintieran las rentas de cada hospital, estableciendo, por vía subsidiaria, la obligación que tenían los Municipios de

(7) NASALLI ROCCA, ob. cit., pág. 227.

(8) BODDA, ob. cit., págs. 12 y 13.

(9) BODDA, ob. cit., pág. 13.

(10) D'AMELIO, *La Beneficenza nel diritto italiano*, 3.ª edición, Padova, 1931, página 776.

(11) D'AMELIO, ob. cit., pág. 776.

donde fuera el enfermo, de resarcir a los hospitales de las eventuales pérdidas en la gestión que se derivaran del excesivo número de días de hospitalización. Tampoco este proyecto se discutió en el Parlamento (12).

Hasta la reforma de la Ley de 1890, que fue operada por el Real Decreto de 30 de diciembre de 1923, pueden enumerarse algunas disposiciones de importancia, como la Ley de 14 de febrero de 1904, que contiene disposiciones referentes a dementes y a manicomios, y el Real Decreto de 27 de junio de 1920, relativo a la gestión administrativa de los hospitales marítimos militares. La Ley Sanitaria de 1 de agosto de 1907 no habló explícitamente de los hospitales.

El Real Decreto de 30 de diciembre de 1923, como hemos indicado, llevó a cabo la reforma de la Ley de 1890. La reforma de 1923 contenía disposiciones concernientes, en general, a todas las instituciones pías, pero contiene disposiciones relativas a las oposiciones a Médico Jefe de hospitales, al «domicilio di soccorso», a la competencia de los hospitales, a la admisión de enfermos y a otras cuestiones.

El día 10 de febrero de 1924 se dictó un Real Decreto regulador de las relaciones entre las clínicas de las Facultades médico-quirúrgicas y las administraciones de los hospitales. El Real Decreto de 31 de agosto de 1933 contiene asimismo normas sobre las relaciones entre las clínicas universitarias y los hospitales.

La Ley de Sanidad de 27 de julio de 1934 regula la materia referente a los hospitales, confirmando un principio que se encuentra a la base de la interpretación jurídica moderna de la asistencia hospitalaria: la misión y los gastos del internamiento de los enfermos compete principalmente a los entes locales, a los hospitales locales, los cuales, por el mero hecho de su existencia, no pueden negarse a acoger a los necesitados (13).

Todos los ciudadanos que se encuentren en el Estado (y también los extranjeros) tienen, en efecto, un derecho subjetivo latente a la asistencia hospitalaria, derecho que tiene su contrapartida, por parte del ente, en el derecho a reembolsarse del Municipio obligado por la Ley, en virtud del principio del «domicilio di soccorso», si las rentas del ente hospitalario son insuficientes.

La Ley contiene (art. 192) normas sobre una vigilancia genérica sobre los hospitales dependientes de la provincia, Municipio u otros entes, vigilancia que había de realizarse por la autoridad administrativa sanitaria central y provincial, pero admite que el ordenamiento interno de los servicios y del personal sea regulado por cada administración, de conformidad con las normas generales que habrían de ser dictadas mediante Decreto.

Para las clínicas privadas se hacía necesaria una autorización del Prefecto. Su clausura podría ser ordenada por el mismo Prefecto, cuando se produjeran violaciones a las prescripciones contenidas en la autorización o se cometieran otras irregularidades.

(12) D'AMELIO, ob. cit., pág. 776.

(13) Nasalli Rocca, ob. cit., pág. 231.

Con esto llegamos al Real Decreto de 30 de septiembre de 1938, modificado por el Real Decreto de 29 de marzo de 1940. Se trata, indica BODDA, de la norma hospitalaria más importante que ha tenido Italia. Se hace necesario dar un juicio favorable de ella, porque por primera vez el legislador se ha dado cuenta de las propias especialidades de los hospitales frente a las instituciones pías. El Real Decreto establece claramente que los sanitarios hospitalarios han de ser considerados funcionarios públicos (14).

Los hospitales, según la Ley, se dividían en dos grupos: hospitales de curación médico-quirúrgica, obstétrica, ginecológica y pediátrica, y hospitales especializados. Los hospitales se dividían en Divisiones, Secciones y Repartos. La División era la unidad fundamental.

La Ley habla del personal sanitario, y después de unas consideraciones generales, habla específicamente del Superintendente sanitario, del Director sanitario, del Vicedirector y de los inspectores sanitarios, enumerando sus respectivas atribuciones. Seguidamente se regula la situación del Médico Jefe, de los ayudantes y asistentes, del Director de la farmacia y de los farmacéuticos, de la obstetra y del personal de asistencia y auxiliar. También se habla de las oposiciones hospitalarias.

Los Directores eran nombrados mediante oposición nacional, con lo cual se reducían las posibilidades de libre elección por cada administración hospitalaria. Por todo esto, y por las directrices generales, la injerencia estatal salía del mero campo administrativo financiero y patrimonial, para introducirse también en la sistemática interna de carácter técnico y en el nombramiento del personal. De esta forma los hospitales, si bien formalmente autónomos, tendían, como los Municipios y provincias, a convertirse en entes territoriales auxiliares del Estado. La evolución histórica del derecho hospitalario, que ha atravesado por tantas vicisitudes, ha realizado un ulterior paso, superando la concepción autonómica de marco local, como consecuencia de una concepción centralista del Estado, coordinador de varias actividades de interés colectivo (15).

2. *La actual normativa hospitalaria.*

La normativa actual la integran la Ley de 12 de febrero de 1968 y tres Decretos legislativos de 27 de marzo de 1969. De esta normativa, extensa y compleja, expondremos los aspectos más importantes, comenzando por la exposición de la Ley (16).

(14) BODDA, ob. cit., pág. 15.

(15) Nasalli ROCCA, ob. cit., págs. 232 y 233.

(16) Sobre la Ley de 12 de febrero de 1968 existen unos comentarios de POCCHI, *La Legge ospedaliera*, Firenze, 1968.

TITULO I

EL ENTE HOSPITALARIO.

Artículo 1.º La asistencia hospitalaria pública se realiza a favor de todos los ciudadanos italianos y extranjeros por los entes hospitalarios exclusivamente.

La asistencia hospitalaria también se desarrolla, según se previene en las disposiciones al respecto, por los hospitales siquiátricos y por otras instituciones de curación para enfermos mentales; por los institutos de internamiento y curación de carácter científico reconocidos por Decreto del Ministerio de Sanidad, de conformidad con el de Educación y Ciencia, así como por las clínicas privadas previstas en el título VII de la presente Ley.

La asistencia hospitalaria se desarrolla, además, por las clínicas e instituciones universitarias de internamiento y curación, para las cuales, aun estando vigente lo previsto en disposiciones a ellas concernientes, se aplican, limitadamente al ejercicio de la actividad asistencial, las normas de la presente Ley.

Las fundaciones y asociaciones reguladas por los artículos 12 y siguientes del Código civil que proveen institucionalmente al internado y curación de los enfermos, cuando posean los requisitos prescritos por la Ley; pueden obtener, previa solicitud, su reconocimiento como entes hospitalarios públicos.

Salvada la vigilancia técnico sanitaria que compete al Ministerio de Sanidad, nada se innova por las disposiciones vigentes en lo que concierne al régimen jurídico administrativo de los institutos y entes eclesiásticos, civilmente reconocidos, que realizan la asistencia hospitalaria.

Los institutos y entes a los que se refiere el apartado quinto, cuando posean los requisitos exigidos por la presente Ley, pueden obtener, previa solicitud, que sus hospitales sean clasificados en una de las categorías a las que se refieren los artículos 20 y siguientes, para que se les apliquen las disposiciones contenidas en el título IV de la presente Ley.

Artículo 2.º (Concepto y misiones del ente hospitalario). Son entes hospitalarios los entes públicos que institucionalmente proveen al internado y curación de los enfermos.

Prestan los cuidados médicos y quirúrgicos, tanto generales como especializados; participan en la defensa activa de la sanidad, en coordinación con la actividad de otras instituciones sanitarias locales; contribuyen a la preparación profesional del personal técnico y sanitario y promueven la educación higiénico-sanitaria del enfermo y de su núcleo familiar, valiéndose del propio personal sanitario.

Los entes hospitalarios, con excepción de los límites que derivan de la especialización del hospital o de las peculiares exigencias técnicas ligadas a la enfermedad que se presenta, tienen la obligación de internar, sin especiales estipulaciones o demanda de documentación, a todos los

ciudadanos italianos o extranjeros que precisen urgentes cuidados hospitalarios por razón de cualquier enfermedad, por infortunio o por maternidad, ya sean o no asistidos por mutualidades o aseguradoras, así como por otros entes públicos y privados. Sobre la necesidad del internamiento decide el médico de guardia. Los gastos se verifican después del internamiento, quedando en vigor las disposiciones existentes y vigentes en esta materia.

Pueden ser instituidos, además, junto con los hospitales, ambulatorios, dispensarios, consultorios, centros para la curación y prevención de enfermedades sociales y del trabajo; centros de recuperación funcional y realizarse investigaciones científicas y médico sociales en orden a conseguir los fines institucionales.

Las facultades previstas en el apartado anterior deben ejercitarse en el marco de las prescripciones del plan regional hospitalario y en aplicación de las normas a las que se refiere el apartado tercero del artículo 29.

Artículo 3.º (Constitución de los entes hospitalarios). Las instituciones públicas de beneficencia y asistencia y los otros entes públicos que en el momento de la entrada en vigor de la presente Ley, provean exclusivamente al internado y curación de los enfermos, se reconocen, de derecho, entes hospitalarios.

Se constituyen en entes hospitalarios, además, todos los hospitales pertenecientes a entes públicos que tengan como finalidad, además de la asistencia hospitalaria, otras diversas.

A los efectos tributarios, los entes hospitalarios se equiparan a la Administración del Estado.

Artículo 5.º (Constitución de entes hospitalarios mediante separación de hospitales de entes públicos). Los hospitales a los que se refiere el apartado segundo del artículo 3.º se constituyen en entes hospitalarios por Decreto del Presidente de la Región, previa deliberación de la Junta regional. Cuando los hospitales dependientes del ente público sean dos o más, se constituye un ente hospitalario único para cada grupo de hospitales ubicados en la misma provincia o en la misma región, según las exigencias de la asistencia hospitalaria local y según las directrices del plan hospitalario nacional.

En cada provincia se constituye una comisión compuesta por el Presidente del Tribunal de la cabeza de partido de la provincia o por un Juez delegado por él, que la preside; por el Médico provincial, por el administrador de Hacienda, por el Ingeniero Jefe del Servicio de Ingenieros civiles y por dos representantes del ente público del que dependerá el hospital, con la finalidad de proceder a la individualización e inventario de los bienes que se transfieren al ente hospitalario. La Comisión se nombra por decreto del Médico provincial.

El patrimonio del nuevo ente está constituido por los edificios dedicados al internamiento y curación de los enfermos, por todo el instrumental que en el momento se destine al funcionamiento del hospital u

hospitales y por los otros bienes destinados institucionalmente en beneficio del hospital u hospitales.

Las relaciones jurídicas relativas a la actividad hospitalaria pasan al nuevo ente.

El Presidente de la región, por Decreto, determina el patrimonio del nuevo ente.

En el plazo de dos meses desde la emanación del Decreto a que se refiere el primer apartado, el Médico provincial nombra un comisario para la gestión provisional del ente; indica la composición del Consejo de administración, según se dispone en el artículo 9.º, y promueve su constitución, que debe efectuarse dentro de los seis meses a partir de la fecha del nombramiento del Comisario.

Si los hospitales a los que se refiere el segundo apartado del artículo 3.º no son gestionados directamente por el ente público, se integran en el ente al que se encomienda la gestión, con la condición de que éste tenga los requisitos propios del ente hospitalario.

Artículo 6.º (Constitución, concentración y fusión de nuevos entes hospitalarios por la región). La región promueve y realiza el establecimiento de nuevos entes hospitalarios y la fusión o concentración de los entes hospitalarios existentes, según las previsiones del plan regional hospitalario.

El ente hospitalario se constituye por Decreto del Presidente de la región, previa deliberación conforme de la Junta regional.

TITULO II

ESTRUCTURA Y ADMINISTRACIÓN DE LOS ENTES HOSPITALARIOS.

Artículo 7.º (Estructura del ente hospitalario). Cada ente hospitalario comprende uno o más hospitales, como establecimientos dotados de servicios sanitarios funcionalmente autónomos, incluso si están situados en regiones diversas, cuando se trate de hospitales climáticos especializados.

Los hospitales se diferencian según la clasificación que se hace en el título III de la Ley.

Artículo 8.º (Organos del ente hospitalario). Los órganos del ente hospitalario son el Consejo de administración, el Presidente, la Junta de inspectores, el Consejo de sanitarios o el Consejo sanitario central.

Los artículos 9.º y 10 hablan del Consejo de administración y de sus funciones; el 11, del nombramiento del Presidente y de sus funciones; el 12, de la Junta de inspectores, y el 13, del Consejo de sanitarios y del Consejo sanitario central.

Artículo 14 (Funciones del Consejo de sanitarios y del Consejo sanitario central). El Consejo de sanitarios o el Consejo sanitario central

son los órganos de asistencia, consultivos de carácter técnico, del Consejo de administración, y emite dictamen sobre :

- a) La adquisición de instrumental científico que revista particular importancia diagnóstica y terapéutica.
- b) La deliberación que debe adoptarse, en lo que respecta exclusivamente a los aspectos sanitarios, por el Consejo de administración en relación con los estatutos, la reglamentación del personal y la relativa plantilla orgánica, así como la reglamentación relativa a la organización de los servicios sanitarios del ente.
- c) Apreciación, institución, supresión o modificación de los departamentos y sobre la fijación de las tarifas por las prestaciones médico quirúrgicas.

Emite además dictamen sobre toda otra cuestión que se le someta por el Presidente del ente, el Superintendente o el Director técnico sanitario o bien por una quinta parte de sus componentes, y puede formular propuestas para una mejor eficiencia de los servicios sanitarios.

El Presidente del ente hospitalario tiene la facultad de intervenir en las sesiones del Consejo de sanitarios o del Consejo sanitario central, de cuyas reuniones debe dársele notificación previa.

Artículo 15 (Alta vigilancia). El Ministro de la Sanidad, respetando las competencias propias de la Región, ejerce la alta vigilancia y el control sobre los entes hospitalarios, para tutelar los intereses sanitarios generales del Estado.

Con tal fin, el Ministerio de Sanidad vigila para que la actividad sanitaria desarrollada por los entes hospitalarios respondan a los intereses generales de la salud pública.

El Ministerio de Sanidad realiza la alta vigilancia sobre los otros institutos públicos de internamiento y curación previstos en el artículo 1.º, excluidos los hospitales siquiátricos, por lo que se refiere a su funcionamiento higiénico sanitario, y a tal fin puede solicitar las informaciones oportunas y realizar las convenientes investigaciones a través de los médicos provinciales.

Artículo 16 (Vigilancia y tutela). La vigilancia y tutela de los entes hospitalarios se realiza por la Región, conforme a las disposiciones contenidas en el capítulo 3.º del título V de la Ley de 10 de febrero de 1953, sustituyendo al Prefecto o a la Prefectura, el médico provincial.

El comité previsto por el artículo 55, y las especiales secciones de éste previstas en el artículo 56 de la citada Ley, se asumen por el médico provincial, respectivamente, de la cabeza de Partido de la Región o de la Provincia.

Están sometidas al control de mérito del comité las deliberaciones del Estatuto, las previstas en las letras a), b), c), d), e), g) e i) del artículo 10 y en el último apartado del artículo 40, así como las deliberaciones relativas a contratos de arrendamiento, de duración superior a nueve años.

El artículo 17 habla de la suspensión y disolución del Consejo de administración, y el 18, de la alta vigilancia sobre las instituciones y entes eclesiásticos que realizan la asistencia hospitalaria.

TITULO III

REQUISITOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS HOSPITALES.

Artículo 19 (Requisitos de los hospitales). Los hospitales, además de reunir las exigencias higiénicas y de la técnica hospitalaria, deben contar, por lo menos, con :

- a) Un servicio de recepción de enfermos, dotado con el instrumental necesario para la higiene personal de los enfermos, así como locales adecuados para la observación de los hospitalizados, divididos por sexos.
- b) Locales idóneos para la hospitalización, distintos, según la naturaleza de la prestación, del sexo y edad del enfermo.
- c) Locales aislados para la curación de enfermos contagiosos.
- d) Servicios especiales idóneos, de radiología y análisis.
- e) Servicios especiales de transfusión y anestesia.
- f) Biblioteca y sala de reunión para los sanitarios.
- g) Servicios de desinfección, lavandería, guardarropa, paquetería, baño, cocina y despensa.
- h) Servicios de primeros auxilios, con adecuados medios de transporte.
- i) Piliambulatorio que se utilizará, además de para la cura post-hospitalaria de aquellos que han sido dados de baja, para la medicina preventiva y de educación sanitaria, en unión con otras instituciones sanitarias de la zona.
- j) Servicio de asistencia religiosa.
- k) Sala mortuoria y de autopsia, de conformidad con las prescripciones del reglamento de policía mortuoria y locales.

En base a la constatación de los requisitos que se prevén en el presente artículo y de los que se enumeran en los artículos 20 a 25, que se realizará por el médico provincial competente por razón del territorio, oído el Consejo provincial de sanidad, la Junta regional clasifica el hospital, atribuyéndole la correspondiente calificación.

Artículo 20 (Categoría de hospitales). Los hospitales son generales y especializados, para largas enfermedades y para convalecientes.

Los hospitales generales se clasifican en las siguientes categorías :

- a) Hospitales de zona.
- b) Hospitales provinciales.
- c) Hospitales regionales.

Los hospitales generales tienen como misión el internamiento y curación de los enfermos, que se realiza en departamentos de medicina general, cirugía general y especializada.

Los hospitales especializados tienen como misión el internamiento y curación de los enfermos, cuya enfermedad se encuentra comprendida en una o más especialidades oficialmente reconocidas.

Para la especialidad no reconocida oficialmente, la calificación de hospital especializado se realiza mediante Decreto del Ministro de Sanidad, oído el Consejo Superior de Sanidad.

Artículo 21 (Hospitales generales de zona). Constituyen los hospitales generales de zona los dotados con distintas divisiones de medicina y cirugía y, por lo menos, con una sección de pediatría, una de obstetricia y ginecología, los respectivos servicios especializados, así como con políambulatorio para otras especialidades médico quirúrgicas más comunes.

El plan regional hospitalario puede prever en estos hospitales, según las exigencias particulares de la zona, secciones de ortopedia y traumatología.

Artículo 22 (Hospitales generales provinciales). Son hospitales generales provinciales los dotados con distintas divisiones de medicina general, cirugía general, obstetricia y ginecología, pediatría, ortopedia y traumatología; asimismo, han de estar dotados con diversas divisiones o, por lo menos, con una, de ojos, otorinaringología, urología, neurología, dermosifilopatía, odontología, estomatología, enfermedades infecciosas, geriatría, así como divisiones para enfermos de largas enfermedades, salvo que para alguna de estas especialidades existan hospitales especializados próximos. Los hospitales generales provinciales deben estar dotados, además, con servicios de radiología y fisioterapia, anatomía e histología patológica, análisis químico-clínico y microbiología, anestesia y reanimación, con camas y farmacia interna.

Pueden tener también servicios de recuperación y reeducación funcional, servicios de neurosiquiatría infantil, servicios de dietética, servicios de asistencia sanitaria y social, servicios de medicina legal y de seguridad social, escuela internado para enfermeras profesionales y escuela para enfermeras generales, así como otros centros y escuelas para el adiestramiento del personal auxiliar y técnico. Cada hospital general provincial proveerá, en cada caso, al establecimiento de uno o más de los servicios citados anteriormente o de escuelas que se estimen necesarias, según las prescripciones del plan regional.

Deben proveer, además, a la asistencia de los convalecientes, que pueden encomendarse también a los hospitales vecinos.

Artículo 23 (Hospitales generales regionales). Los hospitales regionales, que se establecen al menos para una población de un millón de habitantes, son aquellos que, por su organización técnica, dotación de instrumental diagnóstico y terapéutico y por las prestaciones que pueden satisfacer, actúan prevalentemente con grado de alta especialización.

Estos hospitales, además de contar con las unidades de internamiento y curación previstas para los hospitales provinciales, deberán disponer al menos de tres divisiones de alta especialización médica o quirúrgica, como cardiología, hematología, cardiocirugía, neurocirugía, cirugía plástica, cirugía torácica u otras especializaciones reconocidas por el Ministerio de Sanidad, según las indicaciones contenidas en el plan regional hospitalario.

Los hospitales generales regionales deben poseer, además, distintos servicios de virología, conservación de cadáveres, medicina legal y de seguros sociales; instrumental adecuado para colaborar en la investigación científica y para contribuir a la preparación y puesta al día del personal médico, así como escuela para el adiestramiento del personal auxiliar y sanitario.

Cada Región deberá contar, por lo menos, con un hospital regional.

Artículo 24 (Hospitales especializados provinciales y regionales). Los hospitales especializados se clasifican en provinciales o regionales, en base a las indicaciones del plan regional hospitalario, en base al número de camas que posee el hospital, al «hinterland» del servicio, a la organización técnica, a la dotación instrumental de diagnóstico y terapéutico y a las características de la especialización.

Los hospitales especializados deben poseer, además, servicios de emisión de dictámenes de medicina y cirugía general y los otros servicios previstos para las respectivas categorías de hospitales generales; en cuanto sean necesarios para la peculiar naturaleza del hospital especializado.

Artículo 25 (Hospitales para enfermos de larga enfermedad y para convalecientes). Los hospitales para estos enfermos se clasifican como hospitales de zona o provinciales, en relación con las indicaciones del plan regional hospitalario, en base a las camas de que dispone el hospital, del «hinterland» del servicio, así como en base a la organización técnica y dotación instrumental y de diagnóstico que posean.

Los hospitales para enfermos de largas enfermedades y para convalecientes deben poseer, además, los servicios previstos para las respectivas categorías de hospitales generales, en tanto en cuanto sean necesarios para la especial naturaleza del hospital.

TITULO IV

PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA.

Artículo 26 (Ley del Plan hospitalario). Mediante Ley del Estado, que no tendrá una mayor duración que el Plan económico nacional, se establecerán, incluso, a los fines de la planificación regional:

- a) Las necesidades de nuevas camas en los hospitales, así como para las exigencias didácticas y científicas de la Universidad, durante el período de duración de la Ley.

- b) El reparto de camas entre los diferentes sectores de la actividad hospitalaria y en los diversos niveles organizativos funcionales de la red hospitalaria nacional.
- c) El reparto regional, cuantitativo y cualitativo, de las necesidades a las que se refiere el apartado a).
- d) El cociente que ha de aplicarse, para obtener en el plano nacional y regional, sobre la base de los resultados del cuadro nosológico nacional y de todos los componentes higiénico sanitarios, geomorfológicos y socioeconómicos y culturales, la relación entre el número de camas y población interesada, así como la distribución de las camas, de conformidad con las exigencias indicadas en el apartado b), teniendo en cuenta las previsiones de los planes de urbanismo.
- e) Los criterios organizativos y funcionales, mediante los cuales se realice una actividad de coordinación entre las diferentes instituciones que forman el sistema sanitario nacional.

Con la mencionada Ley se indicarán igualmente los medios económicos que el Estado destinará para la construcción de nuevos hospitales, ampliación, transformación y modernización de los existentes y adquisición de material para primeras instalaciones para la integración de las intervenciones de la región en la misma actividad.

El Proyecto de Ley sobre el plan al que se refieren los anteriores apartados, se presenta al Parlamento por el Ministro de Sanidad, de conformidad con los Ministros del Presupuesto y Planificación económica, Hacienda y Educación y Ciencia. En la elaboración del anteproyecto es oído el Comité nacional para la planificación hospitalaria, al que se refiere el artículo 28.

Artículo 27 (Plan nacional hospitalario). El Ministro de Sanidad, ateniéndose a las directrices del plan económico nacional, a las de la presente Ley, a la Ley a que se refiere el artículo anterior, así como, por lo que respecta a los territorios meridionales, a las directrices del plan de coordinación a las que hace referencia la Ley de 26 de junio de 1965 y una vez recogidas las indicaciones y observaciones emitidas por las regiones, elabora conjuntamente con los Ministros de Presupuesto y Planificación económica, Hacienda, Obras Públicas y Educación y Ciencia, en lo que afecte a sus competencias, el Plan nacional hospitalario, previo dictamen del Comité nacional para la planificación hospitalaria, regulado en el artículo 28, y lo somete a la aprobación del Comité interministerial para la planificación económica. El plan indicado se promulga por Decreto del Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Sanidad, de acuerdo con el de Educación y Ciencia, en lo que afecte a su competencia.

El Plan nacional hospitalario, referido al período de duración de la Ley de la que hace mención el artículo 26, establece los criterios de utilización de los medios financieros estatales a los que se refiere el apar-

tado 2.º del artículo precedente, así como de los medios de los que disponen los entes hospitalarios, medios que se recogen en el artículo 34.

Con tal finalidad, el Plan :

- a) Determina el reparto regional cuantitativo y cualitativo de las camas que han de establecerse a cargo del Estado.
- b) Define los criterios territoriales y cualitativos para la utilización del Fondo nacional hospitalario a que se refiere el artículo 33.

Mediante Decreto del Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Sanidad, de conformidad con el de Educación y Ciencia, pueden realizarse al Plan nacional hospitalario en el curso de los cinco años, y por motivos de reconocida necesidad, variaciones en lo que respecta al presupuesto de camas establecido para la Universidad:

Tales variaciones pueden comprender un aumento de camas en una cuantía no superior al 15 por 100 del presupuesto establecido para la Universidad. La financiación de estas eventualidades se realiza con fondos del Ministerio de Educación y Ciencia.

El artículo 28 trata de la composición del Comité nacional para la planificación hospitalaria.

Artículo 29 (Plan regional hospitalario). Mediante la aprobación de la Ley del plan quinquenal de las intervenciones relativas a materias en las que la región tiene potestad legislativa, cada Región programa sus intervenciones en el sector hospitalario.

La citada Ley se adecúa a las opciones del plan económico nacional, así como a los principios de la presente Ley y a la que se refiere el artículo 26, indicando las intervenciones regionales que se prevén relativas a la instalaciones de nuevos hospitales, a la instalación, transformación y modernización de los existentes, así como a su supresión, todo ello de acuerdo con las necesidades de camas para enfermos agudos, crónicos, convalecientes y de largas enfermedades. Igualmente se establecen las previsiones relativas a las redes de comunicación y a las condiciones geomorfológicas e higiénico sanitarias de la población.

Ninguna obra de construcción, ampliación o transformación, excepto aquellas que se realicen debido a exigencias funcionales, podrá realizarse, si no está prevista en la Ley citada.

El Plan prevé la existencia, por lo menos, de un hospital de zona, capaz de satisfacer las necesidades de una población de 25 a 50.000 habitantes; de un hospital provincial, por lo menos, capaz de satisfacer las necesidades de una población de hasta 400.000 habitantes, así como la existencia, por lo menos, de un hospital regional por cada región.

La Ley regional provee a la constitución de nuevos entes hospitalarios, a la fusión y concentración de los existentes, de conformidad con las exigencias a las que se refiere el apartado anterior y teniendo en cuenta los criterios de economía en la gestión.

Ningún ente público, ni los entes o instituciones eclesiásticas que hayan obtenido la clasificación de sus propios hospitales, como se esta-

blece en el último apartado del artículo 1.º, podrá establecer nuevos establecimientos de internamiento y curación que no estén previstos en la Ley que se indica en el apartado anterior, con excepción de la Universidad, en lo que hace referencia el último apartado del artículo 27.

Ninguna obra de construcción; ampliación, transformación o modernización podrá ser realizada, si no está prevista en la precitada Ley, excepción hecha de las instituciones o clínicas universitarias de internamiento y curación, en lo que se refiere a la transformación, modernización y construcción, aunque no comporten aumento de camas.

En la Ley regional han de indicarse los medios financieros para la construcción de nuevos hospitales, ampliación, transformación o modernización de los existentes, así como para la adquisición de material de primera instalación y su reparto en relación con los objetivos indicados en la Ley misma en el sector hospitalario.

Cuando la región no provea a cuanto se dispone en el presente artículo, el Ministro de Sanidad realiza las gestiones oportunas para convocar de oficio el Consejo regional.

Artículo 30 (El Comité provincial de coordinación). En cada provincia se establece un Comité de coordinación, nombrado y presidido por el médico provincial y compuesto por los Presidentes del Consejo de administración y un representante de cada Consejo sanitario de los entes hospitalarios que operan en la provincia. Lo integra también, donde exista, un representante de la Facultad de Medicina.

El Comité tiene como misión la coordinación de la actividad hospitalaria provincial que se realice por otras instituciones sanitarias.

Artículo 31 (Financiación del Plan regional hospitalario). En los presupuestos de cada Región han de establecerse, en relación con los medios financieros disponibles para el sector hospitalario durante el plan quinquenal a que se refiere el artículo 29, las partidas necesarias para la construcción de nuevos hospitales, la transformación, ampliación y modernización de los existentes, y las que sean precisas para la adquisición de material de primer establecimiento.

La realización de las obras indicadas en el apartado anterior se efectuarán según las disposiciones que dicte la Región al respecto.

TITULO V

DISPOSICIONES FINANCIERAS RELATIVAS A LOS ENTES HOSPITALARIOS.

Artículo 32 (La pensión a satisfacer por la hospitalización). La pensión diaria por la hospitalización se determina mediante deliberación expresa del Consejo de administración de cada ente hospitalario.

Esta pensión se determina sobre la base del costo total de la asistencia sanitaria hospitalaria prestada al enfermo.

La pensión debe comprender todos los gastos soportados por el ente para retribuir a su personal, para la diagnosis, curación y manteni-

miento de los enfermos; los necesarios para asumir las misiones previstas por los artículos 2, 1.º y 2.º apartados, y 47 de la presente Ley, así como otros gastos que entren a formar parte de la asistencia hospitalaria.

En la pensión deben comprenderse igualmente los gastos del ente hospitalario, establecidos en el balance, a los que se refieren la hospitalización, para la amortización, renovación y modernización del material hospitalario. Todo ello debe comportar una cuota no superior en su totalidad al 4 por 100 de la pensión determinada en el apartado anterior.

Los gastos de gestión de los Centros de enfermedades sociales y del trabajo no pueden comportar aumentos sobre la pensión diaria en cuantía superior al 20 por 100 de su importe y, de cualquier modo, en una medida que exceda del 1 por 100 del importe de la pensión.

Las rentas de las pensiones hospitalarias pueden, solamente hasta una centésima parte de su importe, ser cedidas en delegación para la estipulación de mutuas destinadas a la financiación de las obras previstas en el artículo 34.

Para los que se encuentren hospitalizados en habitaciones especiales, el Consejo de administración de cada ente hospitalario determina una pensión diferenciada referida al internamiento y mantenimiento del paciente.

Las tarifas para las prestaciones profesionales de los internados en salas especiales tienen como límite máximo las tarifas nacionales mínimas para las prestaciones médico-quirúrgicas.

Artículo 33 (Fondo nacional hospitalario). En los gastos del Ministerio de Sanidad se destinará a un capítulo para el fondo nacional hospitalario.

El Fondo tiene como finalidad el otorgamiento por el Ministerio de Sanidad de subvenciones a los entes hospitalarios para la renovación del material técnico sanitario de los hospitales y para la mejora y adecuación de éstos, en los casos en los que la cuota de la pensión prevista en el apartado 4.º del artículo 32 no cubra los gastos necesarios, siempre respetando las normas del artículo 5 de la Ley de 26 de junio de 1965. El Fondo se destina también al pago de la cantidad que el Estado debe pagar a los médicos internos, según se dispone en el artículo 47.

Las cargas que se derivan de la aplicación de la presente norma, que se calculan para el año 1967 en 10.000.000 de liras, se afrontarán mediante una reducción de una cantidad igual del capítulo 5.381 establecido en las previsiones de los gastos del Ministerio del Tesoro para los actos legislativos en curso.

Se autoriza al Ministro del Tesoro para que, mediante Decreto, realice las oportunas variaciones de presupuesto.

El Fondo previsto en el presente artículo se integra también con las donaciones, herencias y legados que reciba el Estado con destino a la asistencia hospitalaria.

El fondo nacional hospitalario se incrementa además anualmente, a partir de 1968, con sumas establecidas en la Ley ordinaria de presupues-

tos y destinadas a la concesión, por parte del Ministerio de Sanidad, de auxilios encaminados a hacer frente a las exigencias funcionales de los entes hospitalarios que se encuentren en situación de especial necesidad, todo ello en relación a las finalidades a que se refiere el artículo 2.

Artículo 34 (Garantía para la asunción de préstamos). La Caja de depósitos y préstamos, y los entes e instituciones públicos autorizados a conceder préstamos garantizados con el cobro de impuestos en sustitución de los Municipios y las provincias, pueden conceder préstamos a los entes hospitalarios para la construcción de nuevos hospitales, el ampliamento, transformación y modernización de los existentes, la adquisición de edificios ya construidos, siempre que respondan a los requisitos exigidos para los hospitales, así como la adquisición de material de primer establecimiento.

Mediante Decreto del Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Hacienda, se definirán las modalidades relativas al cobro antes mencionado. Los entes de previsión están autorizados a conceder préstamos a los entes hospitalarios, hasta un límite del 10 por 100 de la disponibilidad para inversiones en bienes patrimoniales.

TITULO VI

ORDENAMIENTO DEL PERSONAL Y DE LOS SERVICIOS

Artículo 35 (Estructura interna de los hospitales). Los hospitales están integrados por secciones, divisiones, servicios especializados para diagnóstico y curación y servicios generales.

Artículo 36 (Estructura interna de los hospitales generales). En los hospitales generales, la sección es la unidad funcional, que debe comprender no menos de 25, ni más de 30 camas.

En los mismos hospitales, las secciones de especialidades pueden comprender un número de camas que, en todo caso, no pueden ser inferiores a 15. Estas secciones, donde no exista la división respectiva, se agregan a una división afín.

La división está compuesta por dos o más secciones, comprendiendo no menos de 50, ni más de 100 camas.

En los mismos hospitales, las divisiones especializadas pueden comprender un número inferior de camas que, en todo caso, no puede ser inferior a 30.

Los servicios especializados de diagnóstico y cura realizan prestaciones especializadas y legalmente no disponen de camas o tienen un número que, de todas formas, no puede ser superior al previsto para las secciones especializadas.

Artículo 37 (Estructura interna de los hospitales especializados). En los hospitales especializados, las secciones deben comprender un número de camas no inferior a 15 y no superior a 20.

En estos mismos hospitales, las divisiones deben comprender un número de camas no inferior a 30, ni superior a 80.

Artículo 38 (Estructura interna de los hospitales para enfermos de enfermedades de larga duración y convalecientes). En ellos, las secciones deben estar integradas por un número de camas no inferior a 25, ni superior a 30.

En estos hospitales, las secciones se integran, como mínimo, con 80 camas, y como máximo, con 120.

Artículo 39 (El personal de los entes hospitalarios). El personal de los entes hospitalarios está integrado por el sanitario, administrativo, técnico, sanitario, auxiliar, ejecutivo y de asistencia religiosa.

El personal sanitario está integrado por los médicos y farmacéuticos.

El personal administrativo lo integran el Secretario general o Director administrativo y el personal dirigente.

El personal sanitario auxiliar está constituido por las comadronas, los asistentes sanitarios visitadores, los enfermeros profesionales, las cuidadoras de niños, las asistentas sociales, los terapistas de rehabilitación, los dietistas, las enfermeras generales y las puericultoras.

El personal técnico está constituido por los técnicos especializados de laboratorios de investigación y diagnosis, así como de terapia especial.

El personal ejecutivo está integrado por los silleteros, el personal de cocina, limpieza, vigilancia y otros servicios análogos.

Pueden establecerse otras categorías especiales de personal sanitario y técnico con misiones respectivamente directivas y auxiliares, según las exigencias del ente hospitalario.

El personal de asistencia religiosa está integrado, para los enfermos de culto católico, por ministros católicos. Los enfermos de otras confesiones tienen derecho a ser asistidos por ministros de su respectiva religión.

Los artículos 40 a 43 establecen una serie de delegaciones al Gobierno para que emanara, a propuesta del Ministro de Sanidad, en unión con el del Tesoro y el de Educación y Ciencia, previa consulta a las asociaciones sindicales interesadas, representantes de las clínicas, asistentes universitarios y de la administración hospitalaria, uno o varios Decretos legislativos sobre las siguientes materias:

1. Ordenamiento interno de los servicios hospitalarios.
2. Ordenamiento interno de los servicios de asistencia de las clínicas y de las instituciones universitarias de internamiento y curación.
3. Estatuto jurídico de los dependientes de los entes hospitalarios, salvo determinadas excepciones, que se contemplan en el artículo 40.

Estos Decretos legislativos han sido publicados en la Gaceta oficial del 23 de abril de 1969, y tienen su fecha del 27 de marzo de 1969. De ellos, al igual que hemos hecho con la Ley, insertamos a continuación las cuestiones que ofrecen mayor interés. Creemos oportuna su inserción aquí, en la exposición de la Ley, puesto que los Decretos ya están en el mundo jurídico; de esta forma no rompemos la sistemática legislativa, y, una vez expuestos estos Decretos, continuaremos con el correspondiente artículo de la Ley.

Decreto de 27 de marzo de 1969, número 128 (Servicios hospitalarios. Superintendencia y Dirección sanitaria. Dirección administrativa).

Artículo 1.º (Servicios hospitalarios). Los servicios hospitalarios se clasifican en:

- a) Servicios higiénicos organizativos.
- b) Servicios de diagnosis y curación.
- c) Servicios administrativos y generales.

En cada ente hospitalario se establece una dirección sanitaria y una administrativa, dependientes del Presidente del Consejo de administración.

Las dos direcciones ponen en práctica las directrices dadas por el Presidente, coordinando sus respectivas competencias.

En los entes hospitalarios, de los cuales dependan más hospitales, se establece una superintendencia sanitaria.

Artículo 2.º (Dirección sanitaria). La dirección sanitaria cuida de la organización técnico-sanitaria y del buen funcionamiento de los servicios higiénico sanitarios de los servicios hospitalarios.

La dirección sanitaria cuenta con los siguientes servicios, que se estructuran orgánicamente según las dimensiones del hospital:

- a) Secretaría.
- b) Oficina de estadística y de organización sanitaria.
- c) Archivo clínico y biblioteca médica.
- d) Servicio de asistencia sanitaria y social.
- e) Oficina para la organización de los servicios del personal sanitario, sanitario auxiliar, técnico y ejecutivo, adscritos a los servicios sanitarios.

Dependen de la dirección sanitaria, según las exigencias del servicio, los vicedirectores e inspectores sanitarios.

Artículo 3.º (Dirección administrativa). La dirección administrativa provee a la gestión del ente hospitalario, sobre la base de las directrices dictadas por el Presidente del Consejo de administración, en lo que respecta a los aspectos jurídicos y económicos.

Los servicios administrativos dependen de la dirección administrativa y asumen las funciones previstas en el artículo 49 del Decreto.

CAPITULO II

SERVICIOS HIGIÉNICO ORGANIZATIVOS.

Artículo 4.º (Atribuciones del Superintendente sanitario). El Superintendente sanitario dirige y coordina en relación con los fines higiénico sanitarios, la actividad del ente que comprenda más hospitales, respondiendo de tal actividad ante el Presidente. Dependen de él los Directores sanitarios de cada hospital. Dirige todo el personal sanitario, técnico, sanitario auxiliar y ejecutivo, adscrito a los servicios sanitarios del ente.

De forma especial el Superintendente interviene en las sesiones del Consejo de administración con voto consultivo, del cual debe hacerse mención en las votaciones; cuida de la recogida y elaboración de datos estadísticos, redacta la relación sanitaria anual; colabora, a los efectos y fines higiénico-sanitarios, en la administración, en la organización y coordinación de los servicios hospitalarios, promoviendo con tal fin el estudio de problemas específicos; promueve y coordina las iniciativas en el campo de la medicina social, preventiva, de rehabilitación y en la de educación sanitaria; da instrucciones a los directores de cada hospital, transmitiendo sus propuestas, junto con su punto de vista, al Presidente del Consejo de administración; convoca y preside el Consejo sanitario central y se encarga de transmitir los acuerdos al Consejo de administración; participa, junto con los directores sanitarios, en las iniciativas coordinadoras con las actividades de otras instituciones sanitarias locales.

En caso de ausencia o imposibilidad, el Superintendente sanitario es sustituido por el Director sanitario más antiguo.

Artículo 5.º (Atribuciones del Director sanitario). El Director sanitario dirige el hospital al frente del cual está, en lo que respecta a los fines higiénico sanitarios, respondiendo ante el Presidente o Superintendente sanitario, donde exista.

El Director sanitario promueve y coordina las iniciativas en el campo de la medicina preventiva y de rehabilitación, de la medicina social y de la educación sanitaria; propone iniciativas para la preparación y puesta al día del personal que depende de él; somete el Presidente del Consejo de administración, oído el Consejo de sanitarios o el Consejo sanitario central, proyectos normativos para la organización de los servicios técnico-sanitarios; establece, según las exigencias del servicio, el empleo, destino, turnos y vacaciones del personal sanitario, técnico, auxiliar y ejecutivo adscritos a servicios sanitarios del hospital que dirige, todo ello en base a los criterios fijados por la administración, dando cuenta de ello a la dirección administrativa o al Superintendente, donde exista; ejerce la vigilancia sobre el personal que depende de él, incluso con facultades disciplinarias; propone a la administración la sustitución temporal del personal sanitario; promueve

la actividad cultural, didáctica y científica en el hospital; vigila el archivo de las fichas clínicas; recoge y elabora los datos estadísticos y sanitarios presentando al Presidente o al Superintendente, donde exista, la relación anual de la marcha sanitaria del hospital; propone a la administración, de acuerdo con los primarios y los responsables de los servicios sanitarios, la adquisición y elección del instrumental sanitario en general, previo dictamen del Consejo de sanitarios o del Consejo sanitario central, cuando así esté establecido; manifiesta su opinión, en relación con los fines sanitarios, sobre las transformaciones en los edificios; cuida de todo lo necesario para el funcionamiento sanitario del hospital y para el mantenimiento del enfermo; controla la aplicación regular de las tarifas sanitarias; procura que sean transmitidas sin dilaciones a la autoridad competente, las denuncias de enfermedades contagiosas que se encuentren en el hospital, así como toda otra denuncia prescritas por las disposiciones legales; da a los que tengan derecho, en base a los criterios fijados por la administración, copia de los historiales clínicos y de toda otra certificación sanitaria concerniente a los enfermos asistidos en el hospital; preside y convoca el Consejo de sanitarios:

El Director sanitario, en los entes en los que no exista Superintendente sanitario, asume los poderes y atribuciones de éste, especificados en el artículo precedente.

En los hospitales que tengan un número de camas inferior a 250, las funciones del Director sanitario pueden ser encomendadas a un primario.

Artículo 6.º (Atribuciones del Vicedirector sanitario y del Inspector sanitario). Los hospitales generales regionales y los hospitales generales provinciales con un número de camas superior a 800. deben prever en la plantilla un puesto, por lo menos, de Vicedirector sanitario.

El Vicedirector sanitario desarrolla las funciones que le han sido delegadas por el Director sanitario, y lo sustituye en caso de ausencia o imposibilidad.

El Vicedirector sanitario y los Inspectores sanitarios ayudan al Superintendente y a los Directores sanitarios en el desarrollo de sus respectivas funciones.

El Inspector sanitario realiza las misiones solicitadas por el Director sanitario, y, en ausencia de éste, por el Vicedirector sanitario.

CAPITULO III

SERVICIOS DE DIAGNOSIS Y CURACIÓN.

Sección I. *Normas generales.*

Artículo 7.º (Atribuciones de los Jefes Médicos, ayudantes y asistentes). La organización sanitaria del hospital se articula en divisiones, secciones y servicios especializados.

La división está al mando de un Médico Jefe, ayudado por asistentes y ayudantes.

El Médico Jefe realiza la vigilancia de la actividad y disciplina del personal sanitario, técnico, sanitario auxiliar y ejecutivo asignado a su división o servicio; tiene la responsabilidad de los enfermos y define los criterios diagnósticos y terapéuticos que deben seguir los ayudantes y asistentes; realiza directamente, por sí mismo, los diagnósticos y criterios curativos que crea no deben ser realizados por sus colaboradores; formula el diagnóstico definitivo y procura que el período de internamiento no se prolongue más allá de lo necesario, según los diagnósticos; da de baja a los enfermos y es responsable de la regular compilación de los historiales clínicos y de los registros nosológicos, así como de su conservación, hasta que se aporten al archivo central. Además, tramite la dirección sanitaria, las denuncias legales; practica las visitas de inspección a petición de los sanitarios de otras divisiones o servicios; dirige el servicio de ambulatorio, adecuándose a las disposiciones y a los turnos establecidos por el Director sanitario; se preocupa por la preparación y el perfeccionamiento técnico y profesional del personal que depende de él y promueve las iniciativas de investigación; finalmente, desarrolla las funciones didácticas que le han sido encomendadas.

El ayudante colabora directamente con el Médico Jefe en el desarrollo de las misiones que le han sido atribuidas a este último; tiene la responsabilidad de las secciones que le han sido encomendadas y coordina la actividad de los asistentes. De su misión responde ante el Médico Jefe.

El Ayudante sustituye al Médico Jefe en caso de ausencia, imposibilidad o urgencia. Si son varios los ayudantes de una misma división o servicio, la sustitución la realiza el ayudante más cualificado.

El asistente colabora con el Médico Jefe y el ayudante en las funciones de éstos; tiene a su cargo la responsabilidad de los enfermos que se le han encomendado; adopta las medidas oportunas en caso de urgencia y responde de su misión ante el primario.

En caso de ausencia o imposibilidad del ayudante, sus funciones son asumidas por el asistente más cualificado o por el de turno.

A los efectos de las sustituciones de las que se habla en los apartados precedentes, la administración, al principio de cada año, formula para cada división o servicio y con relación a los títulos poseídos por cada

ayudante o asistente, que han de ser valorados de conformidad a los criterios establecidos por la Ley o por los respectivos concursos mediante los que accedieron a sus puestos, el escalafón de estos sanitarios.

La Dirección sanitaria, oídos los Médicos Jefes interesados y el Consejo de sanitarios, asegura la continuidad en la asistencia médica para las divisiones o grupos de divisiones afines, con la organización de un servicio de guardia y, para casos particulares, de rápida utilización, adecuados a las necesidades y peculiaridades de las prestaciones, así como al tipo y organización del hospital.

Los artículos 8.º a 11 inclusive tratan respectivamente de: la entidad numérica del personal de los servicios de diagnóstico y curación; secciones de especialidad; organización funcional de las divisiones, secciones, servicios especiales afines entre sí y complementarios, y secciones de asistencia a los recién nacidos.

Sección II. *Servicios especiales de diagnóstico y curación.*

Artículo 12 (Especificación). Los servicios de diagnóstico y curación se diferencian en:

Servicios previstos obligatoriamente para todos los hospitales, como los servicios de recepción, primeros auxilios, radiología, análisis, transfusión, anestesia o reanimación y poliambulatorio.

Servicios previstos obligatoriamente para los hospitales generales, ya sean regionales o provinciales, así como para los especializados, tanto regionales como provinciales, servicios que son necesarios, dadas sus funciones, como los servicios de radiología y fisioterapia, de anatomía e histología patológica, de análisis químico clínico y microbiológico de anestesia y reanimación y farmacia interna.

Servicios previstos obligatoriamente para los hospitales regionales y para los hospitales regionales especializados, indispensables por su naturaleza, como los servicios de virología, transporte y conservación de cadáveres, de medicina legal, de seguros sociales, así como escuela de adiestramiento del personal auxiliar y técnico.

Servicios previstos facultativamente para los hospitales generales y especializados, bien provinciales o regionales, como los servicios de recuperación y reeducación funcional, neurosiquiatria infantil, dietética y asistencia sanitaria y social.

El servicio de medicina legal, obligatorio en los hospitales regionales, es facultativo en los provinciales.

Los artículos 13 a 36 tratan, respectivamente, de los siguientes servicios: primeros auxilios, servicios de recepción, radiología, análisis, transfusión, anestesia, poliambulatorio, recuperación y reeducación funcional, histología y anatomía patológica, farmacia interna, virología, transporte y conservación de cadáveres, medicina social y seguros sociales, neurosiquiatria infantil, dietética, asistencia sanitaria y social, hemodiálisis, medicina nuclear, cardiología, fisiopatología respiratoria, neurofisiopatología, física sanitaria, asistencia religiosa, centro de enfermedades sociales.

CAPITULO IV

ATRIBUCIONES DE OTRAS CATEGORÍAS DE PERSONAL HOSPITALARIO.

Sección I. *Personal licenciado con misiones especiales de la carrera directiva.*

Artículo 37 (Personal licenciado de la carrera directiva con misiones especiales vinculados a la actividad sanitaria). A los servicios sanitarios se asignan biólogos, químicos y físicos.

Este personal desempeña funciones y cometidos relativos a sus respectivas competencias.

Artículo 38 (Atribuciones del personal licenciado dependiente de la dirección administrativa). A los servicios que integran la dirección administrativa se les asigna personal licenciado en ingeniería, arquitectura, agricultura y otras disciplinas, según las exigencias del servicio.

Este personal desempeña las funciones y cometidos propios de sus competencias.

Sección II. *Personal sanitario auxiliar, técnico y ejecutivo.*

Artículo 39 (Atribuciones del personal sanitario auxiliar, técnico y ejecutivo). Las atribuciones de tareas específicas y particulares para cada categoría, se establecen por los reglamentos internos de cada ente hospitalario, sobre la base de los acuerdos sindicales nacionales.

Los artículos 40 a 47 tratan, respectivamente, de: el personal de asistencia ostétrica, el personal de asistencia directa, el personal de asistencia que forma parte de los servicios médicos especiales, el personal de asistencia médico social, el personal dirigente y de formación didáctica, el personal técnico, el personal ejecutivo y el personal adscrito a los servicios técnicos y económicos.

CAPITULO V

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y GENERALES.

Artículo 48 (Atribuciones del Director administrativo). El Director administrativo es el responsable de la gestión del ente hospitalario y responde de ella ante el Consejo de administración.

Es Secretario del Consejo de administración, y procura la puesta en práctica de las deliberaciones; tiene voto consultivo del que debe hacerse mención en las deliberaciones; predispone, cuando sea necesario, de acuerdo con la Dirección o Superintendencia sanitaria, y con la colaboración de los otros dirigentes, el orden del día de las deliberaciones que ha de adoptar el Consejo de administración o el Presidente; da el

isto bueno a las ordenanzas, contratos y toda actuación del ente, en el sentido y a los efectos del artículo 11 de la Ley de 12 de febrero de 1968, siendo responsable como los administradores; asiste a las subastas, a las licitaciones y conciertos privados; redacta las actas y prepara los contratos; suscribe las órdenes de pago y las de cobro; manifiesta, mediante escrito motivado y por lo que respecta a su competencia, oídos los directores de los departamentos competentes, su criterio sobre la confirmación, encargos del personal y otros actos en materia de personal y propone iniciativas para el estudio de problemas jurídico financieros.

En el ejercicio de sus funciones, cuando la estructura del ente lo requiera, el Director administrativo puede estar asistido por un Vicedirector administrativo que lo sustituye en caso de ausencia o imposibilidad.

La categoría de Director administrativo y la de Secretario general son equivalentes.

Los artículos 49 y 50 tratan, respectivamente, de los servicios administrativos generales y de los esquemas organizativos. El capítulo VI, integrado por el artículo 51, trata de las disposiciones finales.

Decreto de 27 de marzo de 1969, número 129 (Ordenamiento interno de los servicios de asistencia de las clínicas e instituciones universitarias de internamiento y curación).

Artículo 1.º El ordenamiento interno de los servicios de asistencia de las clínicas e institutos universitarios de internamiento y curación debe adecuarse al ordenamiento interno de los servicios hospitalarios y debe prever una organización análoga a la de los correspondientes servicios hospitalarios.

Artículo 2.º Las normas sobre la constitución y funcionamiento del Consejo Sanitario Central, al que se refiere la Ley de 12 de febrero de 1968, se aplican a todos los entes hospitalarios que gestionen, en lo referente a la parte asistencial de internamiento y curación, institutos clínicos universitarios en régimen de convenciones o de cliniquisación total o parcial.

Los directores de institutos o clínicas universitarias o los profesores de carrera responsables de un servicio o división especial de diagnóstico y curación, considerados primarios hospitalarios a los efectos y con relación a la actividad asistencial, son miembros de derecho del Consejo de Sanitarios o del Consejo sanitario central.

Los ayudantes y los asistentes de la misma unidad, división o servicio, se eligen, en el número previsto por la Ley, por la respectiva asamblea.

Artículo 3.º Los profesores universitarios de carrera, los profesores encargados y los agregados, en cuanto responsables de un servicio especial de diagnóstico y curación asumen, a tales efectos, la calificación de médicos Jefes hospitalarios y, consecuentemente, tienen frente al ente hospitalario los derechos y deberes que les sean aplicables de los primarios.

Los ayudantes y los asistentes de carrera de la misma división y sección, a los efectos y con relación a la actividad asistencial desarrollada, se consideran respectivamente ayudantes y asistentes hospitalarios.

Quedan vigentes las disposiciones de los ordenamientos universitarios que regulan la sustitución de los Directores de clínica en caso de ausencia o impedimento de los mismos.

Artículo 4.º La convención especial y específica entre el ente hospitalario y la Universidad establece, según un esquema que debe aprobarse por el Ministro de Sanidad y Educación y Ciencia, de conformidad con el de Hacienda :

- a) El personal con que el ente hospitalario dote a la unidad universitaria por lo que respecta a los fines asistenciales.
- b) El material inherente al funcionamiento de la unidad universitaria.
- c) El reparto, entre las dos administraciones, de los gastos relativos a la asistencia y a los fines didáctico científicos, así como los gastos concernientes al mantenimiento ordinario y extraordinario de los locales y material.
- d) La indemnización que cada administración deba a la otra por el uso de los locales.
- e) Los medios diagnósticos y terapéuticos, el instrumental quirúrgico y todo material que el ente hospitalario deba dar a la Universidad para una más eficiente asistencia hospitalaria.
- f) El porcentaje de la pensión diaria de los hospitalizados en los institutos y clínicas universitarias de internamiento y curación con que la administración hospitalaria debe retribuir a la universitaria, ya sea para la amortización, la renovación y la modernización del instrumental o para los gastos de la gestión de los centros de medicina social, así como para los estipendios e indemnizaciones del personal médico.
- g) La administración hospitalaria asume los gastos del servicio de guardia interna en los institutos y clínicas universitarias de internamiento y curación.

Artículo 5.º Los institutos clínicos gestionados directamente por la Universidad constituyen un hospital policlínico universitario equiparado al hospital regional, y deben estar en posesión de los requisitos a los que se refieren los artículos 19 y 23 de la Ley de 12 de febrero de 1968.

Artículo 6.º En el hospital policlínico universitario las unidades de internamiento y curación para el servicio asistencial se articulan en divisiones, secciones y servicios especiales.

Las divisiones de internado y curación y las secciones, deben tener características estructurales y funcionales análogas a las hospitalarias.

Los servicios especiales tienen características estructurales y funcionales análogas a las de los servicios hospitalarios.

Artículo 7.º A los hospitales policlínicos universitarios se aplican las normas establecidas para el ordenamiento de los servicios de diagnóstico y curación en el ámbito de los hospitales generales.

Para la admisión y baja de los enfermos se aplican las normas previstas para los hospitales por la Ley de 12 de febrero de 1968, así como las normas concernientes al ordenamiento interno de los servicios hospitalarios.

Artículo 8.º En los hospitales policlínicos universitarios se establece una dirección sanitaria, al frente de un Director sanitario, elegido entre los docentes universitarios.

Las misiones de la dirección sanitaria y del Director sanitario son las mismas previstas para el correspondiente órgano hospitalario.

Decreto de 27 de marzo de 1969, número 130 (Estatuto jurídico de los miembros de los entes hospitalarios).

Este Decreto, que consta de 135 artículos, tiene la siguiente estructura: Título I: Clasificación del personal y admisión al empleo, artículos 1.º a 17. Título II: Derechos, deberes, responsabilidades e incompatibilidades, artículos 18 a 54. Título III: Relación informativa, Comisión consultiva y hoja de servicios, artículos 55 a 59. Título IV: Extinción y restablecimiento de la relación de empleo, artículo 60. Título V: Desarrollo de las oposiciones, artículos 61 a 124. Título VI: Internado de los nuevos licenciados, artículo 125. Título VII: Disposiciones finales y transitorias, artículos 126 a 135.

Continuamos con la exposición de la Ley hospitalaria:

Artículo 44 (Escuelas hospitalarias de especialización). En los hospitales regionales puede desarrollarse por el personal médico hospitalario particularmente cualificado, actividad didáctica aplicativa, complementaria de la universitaria, para los Médicos inscritos en la escuela de especialización de la Universidad. El trato económico del personal docente médico hospitalario no debe ser inferior al de otros docentes, respetando siempre las disposiciones de los ordenamientos de cada Universidad y según modalidades que se establecerán por Decreto del Ministro de Educación y Ciencia de acuerdo con el de Sanidad, Decreto que se dictará dentro del plazo de un año a contar desde la entrada en vigor de la presente Ley.

Artículo 45 (Aprendizaje obligatorio). Para la admisión al examen de Estado que habilita para el ejercicio profesional, los licenciados en medicina y cirugía deben realizar un año de aprendizaje, en calidad de internos, en los institutos clínicos universitarios, en los hospitales regionales o en otros hospitales idóneos para tal fin, reconocimiento que se hará mediante Decreto del Ministro de Sanidad de conformidad con el de Educación y Ciencia.

Para los alumnos-oficiales Médicos que han estado en la Escuela de Sanidad Militar de Florencia, la duración del aprendizaje, por lo que respecta a la clínica médica y a la quirúrgica, se reduce, respectivamente, en dos y un mes.

Artículo 46 (Puestos de interno). Durante el aprendizaje a que se refiere el artículo anterior, los licenciados en medicina y cirugía están autorizados para ejercitar la actividad necesaria para conseguir una adecuada preparación profesional, todo ello bajo el control de los Directores de las clínicas universitarias o de los Médicos Jefes hospitalarios.

Mediante Decreto del Ministro de Educación y Ciencia y del de Sanidad, los puestos de interno se repartirán a razón del 30 por 100 de su número total entre las clínicas universitarias y a razón del 70 por 100 entre los hospitales regionales y entre los que se enumeran en el artículo 1.º En el mismo Decreto se establecerán las modalidades de acceso al internado y desarrollo del aprendizaje.

Artículo 47 (Tratamiento económico y certificado del aprendizaje). Los licenciados admitidos al internado no tienen relación de empleo y observan los horarios fijados para los asistentes.

Tienen derecho a la comida gratuita y a una asignación mensual que se les entrega por la Universidad, por lo que respecta a los institutos clínicos universitarios gestionados por aquélla, o por el ente hospitalario. La cantidad se fijará por el Decreto legislativo previsto en el artículo 40 y no podrá ser superior a la tercera parte del estipendio mínimo de los asistentes de carrera hospitalaria, con exclusión de toda otra indemnización.

El aprendizaje debe realizarse durante tres meses en medicina y por espacio de tres meses, respectivamente, en cirugía y ostetricia. Los dos meses restantes, en otras especialidades médicas.

El certificado acreditativo de haber realizado el aprendizaje lo otorga el Rector universitario competente, oído los Directores de los institutos clínicos universitarios o el Presidente del Consejo de administración del ente hospitalario en el cual se ha desarrollado el aprendizaje, a propuesta del Director sanitario, oídos los Médicos Jefes competentes.

Artículo 48. (Cobertura de los gastos). No tienen derecho a la asignación prevista en el artículo 47 los licenciados que disfruten de bolsas de estudio de igual o superior importe. Si la bolsa de estudios es de inferior importe, se les abonará la diferencia.

Los gastos para el pago de las asignaciones pueden correr a cargo del Estado hasta un límite máximo del 65 por 100, pago que se hará con la cuantía del Fondo nacional hospitalario previsto en el artículo 33, quedando la parte restante a cargo del ente hospitalario, en el que se ha realizado el aprendizaje, aun en los supuestos en los que éste se ha efectuado en hospitales clínicizados o en clínicas que tengan convenciones con un ente hospitalario.

Para el pago de las asignaciones a los internos de los institutos clínicos directamente gestionados por la Universidad, el Ministro de Educación y Ciencia, mediante Decreto, reparte anualmente entre las Universidades la suma necesaria para cubrir los gastos no cubiertos por el ente hospitalario, utilizando el fondo destinado a bolsas de estudio a que se refiere el artículo 32 de la Ley de 31 de octubre de 1966, hasta un máximo del 10 por 100 del fondo.

Artículo 49 (Subcomisión del examen de Estado). Los Médicos Jefes de los hospitales regionales y de los hospitales que se han estimado idóneos para realizar en ellos el aprendizaje, formarán parte de la Subcomisión del examen de Estado, que habilita para el ejercicio de la profesión médico-quirúrgica.

Artículo 50 (Convenciones entre la Universidad y los entes hospitalarios). Cuando en relación con la estipulación de convenciones entre la Universidad y los entes hospitalarios se manifiesten divergencias u obstáculos no superables por las dos partes, incluso en el momento de la aprobación de la convención, cualquier decisión ha de solicitarse del Ministro de Educación y Ciencia y del de Sanidad o, a petición de éstos, al Comité Interministerial para la Planificación Económica.

TITULO VII

CLÍNICAS PRIVADAS.

Artículo 51 (Requisitos que se establecerán por el Ministro de Sanidad). Las clínicas privadas están sometidas a la vigilancia del Ministerio de Sanidad.

El Ministro de Sanidad, mediante Decreto, y oído el Consejo Superior de Sanidad, determina:

- a) Las normas técnicas de construcción, los requisitos, instrumental y servicios de que deben estar dotadas las clínicas privadas, en relación con el tipo de actividad que en ellas se desarrolle.
- b) Las normas sobre el ordenamiento del servicio y del personal.
- c) Los requisitos necesarios para el ejercicio de la función de «Director sanitario responsable».

El nombre de las clínicas privadas debe estar precedido o seguido de la indicación «clínica privada»; no pueden utilizarse palabras o denominaciones que puedan dar lugar a confusiones con los hospitales o instituciones de curación, o con las clínicas universitarias.

Artículo 52 (La autorización para la apertura de clínicas privadas. Infracciones). Todo el que pretenda abrir una clínica privada, transformar o ampliar una ya existente, debe dirigirse al Médico provincial, indicando el tipo especial de actividad sanitaria que se desarrollará, el instrumental higiénico sanitario y el número de camas que se crearán.

Con la solicitud debe acompañarse una planimetría de los locales y un Reglamento del ordenamiento y funcionamiento de la clínica que se pretende crear, en el cual debe preverse, entre otras cosas, un servicio ininterrumpido de guardia.

El Médico provincial, oído el Consejo Provincial de Sanidad, otorga la autorización para el establecimiento de la clínica en base a las exigencias higiénico sanitarias y a las otras condiciones previstas por las Leyes.

Los proyectos para la ampliación y transformación de las clínicas privadas deben ser aprobados por el Médico provincial, oído el Consejo Provincial de Sanidad.

El Médico provincial, oído el Consejo Provincial de Sanidad, y en los casos de incumplimiento de las disposiciones prescritas en la presente Ley y de las contenidas en el acto de autorización, puede intimar a la clínica con su clausura dentro de un plazo razonable que se establezca en el acto de intimidación, transcurrido el cual ordena la clausura de la clínica, hasta que desaparezcan las causas que provocaron la medida adoptada.

En los supuestos de reiteradas infracciones a las disposiciones de la presente Ley, el Médico provincial, salvo lo que se preceptúa en el apartado anterior, puede, oído el Consejo Provincial de Sanidad, revocar la autorización de apertura.

Artículo 53 (El Director sanitario responsable. Convenciones). Cada clínica privada contará con un Director sanitario responsable, que no podrá realizar ninguna actividad de diagnóstico y curación en la clínica, cuando esté dotada con más de 150 camas. El Director responde personalmente ante el Médico provincial de la organización técnico-sanitaria y del buen funcionamiento de los servicios higiénico sanitarios.

De manera especial, el Director sanitario establece los turnos de guardia y adopta las medidas pertinentes en los casos que se presenten de enfermedades infecciosas sometidas a denuncia, informando de ellas inmediatamente al Médico provincial y al oficial sanitario competente.

Toda convención que se realice entre las clínicas privadas y los entes o instituciones de seguros y mutuas para el internamiento de sus afiliados, está sometida a la aprobación del Médico provincial, que adopta lo pertinente mediante Decreto, oído el Consejo Provincial de Sanidad, después de haber constatado en cada caso que en interés público y en el cuadro de las directrices del plan, la clínica privada posee los requisitos higiénico sanitarios necesarios para asegurar una adecuada asistencia sanitaria en régimen mutualístico y de seguros y que además es idónea para desempeñar satisfactoriamente los compromisos de la convención.

Los entes públicos y las instituciones mutualísticas y de seguros pueden estipular convenciones para el internamiento de sus afiliados, con las fundaciones e instituciones a las que se refiere el apartado 4.º del artículo 1.º, que no son reconocidas como entes públicos hospitalarios, así como con las instituciones y entes indicados en el apartado 5.º del mismo artículo 1.º, previo el reconocimiento por el Médico provincial de la existencia de los requisitos exigidos en el apartado anterior.

El título VII, integrado por los artículos 54 a 71, recoge las disposiciones finales y transitorias.

Introducción, traducción y notas:
ENRIQUE RIVERO ISERN,

Profesor adjunto de Derecho Administrativo
de la Universidad de Sevilla.

BIBLIOGRAFIA

