



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

**ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** En fecha 18 de marzo de 1998 el Ilmo. Sr. Director General de Salud de la Consejería de Sanidad y Política Social acuerda la iniciación del procedimiento para la elaboración de un Proyecto de Decreto, con la finalidad de crear el Registro Regional del Conjunto Mínimo de Datos de Altas Hospitalarias.

**SEGUNDO.-** Evacuados los informes sobre la necesidad de la disposición y sus repercusiones presupuestarias, un primer borrador de Decreto es remitido a la U.M.H, como ente aglutinador de los Hospitales privados de la Región, al Instituto Nacional de la Salud y al Servicio Murciano de Salud, respondiendo todos ellos en sentido favorable al texto.

**TERCERO.-** Sometido el borrador a la consideración del Consejo de Salud de la Región de Murcia, previsto en el artículo 11 de la Ley 4/94, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, fue emitido informe favorable con fecha 15 de diciembre de 1998, siendo informado en el mismo sentido por el Servicio Jurídico de la Secretaría General de la Consejería y, con fecha 21 de enero de 1999, por la Dirección de los Servicios Jurídicos, a reserva, éste último, de la introducción de determinadas modificaciones para mejorar el texto.

**CUARTO.-** Con fecha 3 de febrero de 1998 y entrada en este Consejo Jurídico el 17 del mismo mes y año, el citado Consejero remite oficio solicitando el informe preceptivo de este superior órgano consultivo, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.5 de la Ley 2/97, de 19 de mayo. Acompaña a dicho oficio el expediente tramitado con el texto finalmente propuesto por el Consejero.

A la vista de estos antecedentes procede realizar las siguientes

**CONSIDERACIONES**

**PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.5 de la Ley Regional 2/97, pues el Proyecto de Decreto constituirá, de aprobarse, un desarrollo de la legislación básica del Estado, en concreto, de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad (en lo sucesivo LGS).

**SEGUNDA.-** Procedimiento de elaboración.

Del expediente remitido se desprende que se ha seguido el procedimiento de elaboración de disposiciones generales establecido en el artículo 24 de la Ley 50/97, de 27 de noviembre, del Gobierno, aplicable supletoriamente por esta Administración Regional en defecto de regulación propia. Constan los preceptivos informes justificativos de la necesidad y oportunidad de la norma, económicos y jurídicos, así como la audiencia de las entidades afectadas, directamente o por la remisión del Proyecto al Consejo de Salud de la Región de Murcia constituido por los sectores sociales interesados.

No obstante, y como este Consejo Jurídico ha indicado en anteriores Dictámenes, falta el informe de la Secretaría General de la Consejería proponente, exigido por el artículo 24.2 de la citada Ley 50/97, pues no puede entenderse como tal el elaborado por su Servicio Jurídico. Su emisión es competencia del titular de la Secretaría General, por aplicación de ese precepto y del artículo 50.2, h) de la Ley 1/88, de 7 de enero del Presidente, del Consejo de Gobierno y de

la Administración Pública Regional. Deberá subsanarse tal omisión.

**TERCERA.- Cuestiones competenciales y habilitación normativa de la Comunidad Autónoma.**

El artículo 11.1 del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia atribuye a la Comunidad Autónoma la competencia de desarrollo legislativo y la ejecución en materia de Sanidad, Higiene, Ordenación farmacéutica y Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social, sin perjuicio de lo dispuesto en el número 16 del artículo 149.1 de la Constitución, esto es, de las bases estatales y coordinación general de la Sanidad.

Fruto del título competencial estatal es la ya citada LGS, en algunos de cuyos preceptos tiene base el Proyecto de Decreto que se informa.

Así, su artículo 8.1, que 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, tal como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

El artículo 23 establece que las Administraciones Públicas, 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, estableciendo el artículo 30.1 que todos los Centros y establecimientos sanitarios estarán sometidos a la inspección y control por las Administraciones sanitarias competentes.

Por otra parte, el artículo 35.b), 5º tipifica como infracción grave "la resistencia a suministrar datos, facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes". De todo ello se desprende que la obligación de suministrar información sanitaria a las Administraciones Públicas, por parte de todos los entes integrantes del Sistema sanitario español, es un instrumento necesario para una adecuada planificación de la política sanitaria, tanto estatal como autonómica.

Se trata, pues, de un medio legalmente orientado a un fin público determinado, y con este parámetro ha de ser enjuiciada la regulación reglamentaria que se dicte.

Esta sujeción a los principios dimanantes de la LGS y, en concreto, de los preceptos antes reseñados, es especialmente importante en este caso porque, a pesar de que su Disposición Adicional Segunda estableció que el Gobierno adoptaría los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria, y que podrían establecerse los oportunos convenios con las Comunidades Autónomas, lo cierto es que hasta la fecha no se ha dictado esa normación básica general ni se ha suscrito convenio al efecto. Existen, eso sí, regulaciones sobre determinadas parcelas de la materia sanitaria que han plasmado en la obligación de suministrar determinada información y han creado ciertos Registros (así, por ejemplo, el Registro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, creado por R.D. 2210/95, de 28 de diciembre, o los creados en desarrollo de la legislación sobre técnicas de reproducción asistida, RR.DD. 412/96 y 413/96, de 1 de marzo). Pero no existe reglamentación estatal básica que aborde la cuestión con carácter general.

No obstante lo anterior, existen dos elementos que pueden ser utilizados como parámetro indicativo de los criterios y contenidos que deben plasmarse en las normativas autonómicas que pretendan reglar los sistemas de información sanitaria.

El primero de ellos es la Orden del Ministerio de Sanidad de 6 de septiembre de 1984, reguladora de la obligatoriedad del informe de alta que ha de emitirse y entregarse al paciente hospitalario que haya causado al menos una estancia. A pesar de ser anterior a la LGS y ser, en la práctica, el desarrollo del derecho reconocido al paciente en el artículo 10.11º de dicha Ley, establece la obligatoriedad de que quede en poder del Centro sanitario una copia de dicho

informe, que debe contener determinados datos relativos al paciente y a su estancia en el mismo.

En segundo lugar, en el expediente se indica (aunque no obra en el mismo) que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en sesión plenaria de 14 de diciembre de 1987, aprobó el conjunto mínimo básico de datos para los hospitales del Sistema Nacional de Salud. A pesar de que dicho acuerdo no tiene naturaleza normativa, el hecho de que dicho Consejo tenga atribuidas legalmente las funciones de coordinación entre las actuaciones de los diferentes Servicios de salud y la Administración estatal (art. 47.2 LGS), hace que su funcionalidad sea doble: de un lado, y en lo que pudiera considerarse básico, es una directriz estatal que ha de ser cumplida por las Comunidades Autónomas, aun cuando habría sido preferible que el Estado la hubiese elevado al rango normativo formal que correspondiera; de otro lado, y en lo que no pudiera considerarse básico, como acuerdo o convenio interadministrativo.

En ambos casos puede advertirse que, "de facto", se estaría cumpliendo con lo previsto en la ya citada Disposición Adicional Segunda, aun cuando formalmente no exista la reglamentación general básica ni los convenios a los que alude.

Enmarcado así el ámbito de actuación normativa de la Comunidad, debe ponerse de manifiesto que el hecho de que la finalidad del Registro que con el Proyecto se pretende sea, según la Exposición de Motivos, servir de instrumento para la mejor planificación sanitaria de la Región, dentro del Plan Regional de Salud, significa que, junto a las determinaciones que deban incluirse para conseguir la coordinación y debida homogeneidad de la información que demandan las normas y acuerdos antes reseñados, la Comunidad, en ejercicio de sus competencias, puede añadir otros contenidos que estime convenientes. Pero el hecho de que la información que se pretende recabar y registrar lo sea a los efectos de la planificación sanitaria regional no justificaría un apartamiento de los criterios estatales que se contengan en dichos instrumentos jurídicos, pues, en definitiva, esa planificación y en concreto, su plasmación en el ya citado Plan Regional de Salud, debe ajustarse a los criterios generales de coordinación para todo el Sistema Nacional de Salud, como se desprende del artículo 70 de la LGS.

Por ello, el sistema de información sanitaria, como instrumento de esa planificación coordinada, debe ajustarse a ese marco normativo y convencional al que venimos haciendo referencia, cuestión que será objeto de análisis más minucioso al contemplar los preceptos del Proyecto de Decreto.

#### **CUARTA.- Examen del articulado.**

I.- El artículo 1 crea el Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria, cuyo objeto es recopilar, almacenar, analizar y difundir la información recogida en los conjuntos mínimos básicos de datos. Las clases de datos en que ha de consistir aquel Conjunto son establecidas en el Decreto en su contenido esencial, remitiendo su artículo 4 a una posterior Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social en cuanto a la definición de las variables relativas a la identificación del hospital y unidad asistencial, a la identificación del paciente y al proceso asistencial que integran el Conjunto mínimo básico de datos y a establecer los sistemas de codificación, el formato, soporte físico del documento para la recopilación y los circuitos de envío.

Se plantea aquí, pues, una cuestión ya tratada en anteriores dictámenes de este Consejo, y es la relativa al alcance de la remisión o habilitación que el Consejo de Gobierno puede efectuar en favor de las Consejerías para que éstas completen y desarrollen lo establecido en el correspondiente Decreto. La respuesta requiere determinar el alcance de lo establecido en el artículo 49, d) de la Ley regional 1/88, de 7 de enero, que dispone que los Consejeros tienen

potestad reglamentaria "cuando les esté específicamente atribuida", debiendo analizar si es posible que esa atribución pueda venir establecida por un Reglamento del Consejo de Gobierno. Dada la importancia de la cuestión, conviene ahondar en lo ya dictaminado. Como es sabido, el Consejo de Gobierno tiene reconocida genérica y originariamente la potestad reglamentaria por el artículo 32.1 del Estatuto de Autonomía "en materias no reservadas por el Estatuto a la competencia normativa de la Asamblea Regional". Dicha atribución ha de entenderse sin perjuicio de las habilitaciones específicas que legalmente se confieran a los Consejeros, de modo que estamos ante una cláusula general de apoderamiento similar a la contenida en el artículo 97 de la Constitución en favor del Gobierno.

Así lo han reconocido diversas sentencias del Tribunal Supremo enjuiciando preceptos similares de otros Estatutos de Autonomía, como la de 6 de octubre de 1989 (R.A. 7326), que concluye admitiendo que, "en algunos casos", es viable la habilitación por Reglamento de esta potestad:

" El ya citado Estatuto de Andalucía - artículos 32 y 41- atribuye la potestad reglamentaria precisamente al Consejo de Gobierno, pero no significa esto que "solo" el Consejo de Gobierno pueda dictar Reglamentos -la situación es análoga a la que se plantea en relación con la Administración del Estado sobre la base del artículo 97 de la Constitución- pero sí implica que para que otros órganos de la Administración puedan emanarlos será necesaria una previa habilitación legal, o en algunos casos, reglamentaria".

En análogo sentido, STS de 8 de junio de 1990 (A.R. 4917).

Ello no es de extrañar, pues el propio Tribunal Constitucional así lo ha reconocido en su Sentencia 133/97, F.J. 7º:

"En efecto, ya en nuestra STC 13/1988 dijimos que era rechazable el argumento según el cual la potestad reglamentaria corresponde exclusivamente al Gobierno, sin que éste pueda a su vez conferirla válidamente a otros órganos diferentes, toda vez que la potestad reglamentaria del Gobierno, por ser originaria, no excluye la posibilidad de delegaciones singulares (fundamento jurídico 4)".

Por su parte, el Consejo de Estado se pronunció en favor de la misma tesis en su Memoria de 1989, y en su Dictamen nº 535/92, de 14 de julio de 1992, afirma que:

"Para que órganos distintos del Gobierno puedan dictar válidamente normas reglamentarias se exige -al no ser titulares de la potestad reglamentaria "originaria"- una previa habilitación legal o reglamentaria. Dicha habilitación podrá ser más o menos genérica, pero su existencia será imprescindible para que el órgano distinto del Gobierno pueda válidamente dictar reglamentos, especialmente cuando vayan más allá de lo que parte de la doctrina alemana denominó "reglamentos administrativos" -frente a los "reglamentos jurídicos"-, esto es, los denominados reglamentos internos reguladores de la organización de la propia Administración y, en general, de su funcionamiento.

Cabría, por tanto, diferenciar dos ámbitos diversos en lo que a la potestad reglamentaria de los Ministros se refiere:

- Por un lado, en el ámbito de la supremacía general, los Ministros carecen de potestad para dictar reglamentos que afecten a los ciudadanos en cuanto tales, salvo que existiera una previa habilitación legal o reglamentaria y dentro de los límites previstos en dicha habilitación.
- Por otro lado, los Ministros, en cambio, gozan de una potestad reglamentaria propia (que incluso podría calificarse, si se quiere, en este concreto aspecto, como "originaria") para regular el denominado "ámbito doméstico" (artículo 14.3 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado), entendiéndose por tal ámbito doméstico "las cuestiones de carácter organizativo" y las relativas a "relaciones especiales de sujeción como son las funcionariales y en general las de todo el personal al servicio de la Administración Pública" (entre otras muchas,

sentencias del Tribunal Supremo de 19 de diciembre de 1986, AR. 8117, de 12 de abril de 1989, AR 2839, y 8 de junio de 1990, AR 4917)".

*Conforme con esta doctrina, si la regulación establecida en el Proyecto de Decreto afectara exclusivamente a relaciones de sujeción especial, la existencia y alcance de la habilitación al Consejero pasaría a un segundo plano. Lo que sucede es que no es posible afirmar con rotundidad que ello sea así porque los destinatarios de la obligación de comunicar los datos son todos los Hospitales públicos y privados (artículo 5), y la relación especial aludida podría predicarse de los públicos y de los concertados, pero no de los restantes, sin que el precepto haga tal diferenciación.*

Debe tenerse en cuenta, además, que el Proyecto habilita asimismo al Consejero de Sanidad y Política Social para extender su aplicación a los establecimientos de cirugía mayor ambulatoria, urgencias y consultas externas hospitalarias y a cualquier otra actividad del sector sanitario (artículo 2.2).

De esta habilitación cabe decir lo mismo que de la relativa a la concreción de los datos que han de integrar el Conjunto mínimo de remisión obligatoria, es decir, que el Consejero tiene por sí mismo potestad para vincular a los Centros públicos o concertados, por encontrarse en una relación especial de sujeción con la Administración sanitaria regional, pero no sobre los restantes, y en este supuesto caben imaginar muchos casos, pues la referencia a "cualquier otra actividad del sector sanitario" incluiría, por ejemplo, las consultas médicas privadas o los establecimientos defarmacia.

Aun cuando de lo dicho cabe extraer la conclusión de que la potestad reglamentaria del Consejero, en los dos supuestos contenidos en los artículos 2.2 y 4 del Proyecto, sería admisible si se proyectara sobre los establecimientos ligados con la Administración mediante un título especial y concreto, hay que determinar, como se dijo en un principio, si es viable que esta última venga establecida por reglamento del Consejo de Gobierno en los términos en que se plasma en el Proyecto, en cuyo caso se prescindiría del siempre problemático criterio de las relaciones especiales de sujeción.

A este respecto, el Consejo de Estado viene manteniendo que:

"La habilitación contenida en un Real Decreto a favor de un Ministro o Ministros competentes no puede comportar el vaciamiento real de la regulación acordada por el propio Gobierno. En otras palabras, no es viable jurídicamente que la ley habilite al Gobierno para dictar un Real Decreto y que éste, a su vez, habilite en bloque a un Ministro o Ministros para que regulen la materia de que se trate, bien porque dicho Real Decreto carezca de contenido material propio, bien porque se habilite específicamente a tales Ministros para que puedan modificar, sin más, dicho contenido material. En estos casos, el Gobierno estaría haciendo dejación de sus atribuciones y, en definitiva, no se estará dando estricto cumplimiento a lo querido por el legislador (que es que el Gobierno regule dicha materia, sin perjuicio, a su vez, de las habilitaciones que pueda hacer a favor de los Ministros para que dicten reglamentos complementarios).

Por contra, ello no significa que esté vedada en cualquier caso la posibilidad de que el Real Decreto habilite al Ministro para modificar determinados aspectos contenidos o regulados en el Real Decreto mismo. No obstante, tal habilitación, además de no poder ser genérica (con el alcance señalado), deberá ser suficientemente detallada, limitándose a aspectos concretos que exijan efectivamente una adaptación inmediata o periódica. Además tal modificación, en principio, deberá someterse a determinados parámetros objetivos, lo más concretos posibles".

*Si ello es predicable de habilitaciones para modificar el propio Reglamento, con más razón será admisible para supuestos de remisión no modificativa.*

Así lo han reconocido algunas Sentencias del Tribunal Supremo, como la de 30 de noviembre

de 1996 (A.R. 9233):

"El Consejo de Ministros, al promulgar un Reglamento, puede deferir al Ministerio correspondiente puntos concretos y de carácter accesorio que no supongan una modificación o alteración sustantiva de aquél, sino simplemente un desarrollo objetivo y puntual de las normas reglamentarias".

A partir de estos criterios, la respuesta a la cuestión planteada es que las habilitaciones contenidas en los citados preceptos del Proyecto cumplen las exigencias mínimas, pues en lo que atañe al ámbito subjetivo de aplicación del Decreto (artículo 2.2), el Proyecto ya determina por sí los establecimientos a los que de modo principal les será aplicable, los hospitalarios; y por lo que se refiere a los demás, aparte de representar un menor peso específico a los efectos del Decreto (que no se olvide, es obtener información para la elaboración de la política sanitaria pública), puede decirse que vienen lo suficientemente detallados como para predeterminar o limitar el campo de desarrollo reglamentario del Consejero, sin que pueda hablarse de una abdicación o vaciamiento de la potestad que corresponde al Consejo. Configurada así la remisión normativa, puntual y particularizada, no cabe entender infringidos el artículo 61.3.b) de la Ley 1/88 ni el artículo 13.2.b) de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, que prohíben la delegación de la potestad reglamentaria, pero no la remisión normativa que, como se ha visto, es admisible en los términos anteriormente expuestos.

Por otra parte, los supuestos de remisión normativa aquí analizados son enteramente distintos del supuesto contemplado en el Dictamen 17/98, en el que se enjuició el desarrollo de normativa estatal básica mediante Orden de un Consejero sin una específica habilitación legal o reglamentaria; por ello, el presente dictamen no supone una modificación de la doctrina sentada por este Consejo, sino una manera de profundizar en el tema, como habíamos advertido al inicio.

Igual respuesta merece la habilitación sobre la determinación de los datos, por un doble motivo: en primer lugar, porque el artículo 4 establece todos los elementos que integran el Conjunto mínimo de datos (identificación del Hospital, unidad asistencial, paciente y proceso asistencial), de modo que el auténtico margen de libertad que se atribuye afecta a cuestiones meramente instrumentales y secundarias, típicamente organizativas, como son los sistemas de codificación, formato, soporte físico y circuitos de envío del documento que incluya los datos. En segundo lugar, porque, como tuvimos ocasión de argumentar al comienzo, la determinación de los datos que integran el Conjunto mínimo deriva de lo acordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, de lo establecido en la Orden de 6 de septiembre de 1984 sobre informe del alta hospitalaria. Por este motivo, tenemos que indicar que la futura fijación por el Consejero de las variables integrantes del Conjunto mínimo de datos se deberá ajustar a lo establecido en dicho Acuerdo.

Como se dijo entonces, el hecho de que este último no tenga la naturaleza de norma jurídica puede dispensar de la remisión al mismo, pero no de seguir sus directrices en tanto constituyen determinaciones de coordinación de la política sanitaria que, a falta de determinación mediante una norma jurídica estatal, realiza el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma, en virtud del Acuerdo del Consejo Interterritorial referido.

Por otra parte, hay que recordar que en tanto no se dicte la Orden que cumplimente lo establecido en el artículo 4 del Proyecto, las obligaciones que impondría el Decreto no podrían ser operativas, al faltarle los necesarios elementos de concreción y puesta en práctica, cuestión importante que debe tenerse en cuenta a los efectos de la Disposición Adicional Segunda, que establece los plazos de remisión de los datos.

Igualmente será necesaria la determinación por el Consejero de los tiempos y plazos que en lo sucesivo haya que cumplir a estos efectos, prevista en el artículo 6, aspecto asimismo

complementario de la regulación que se proyecta.

**II.-** Por lo que se refiere al resto del articulado, cabe hacer las siguientes observaciones:

- **Artículos 2.1 y 3.** Se trata de transcripciones de lo dispuesto en la Orden de 6 de septiembre de 1984, sobre el informe del alta hospitalaria. Su inclusión es improcedente en los términos en que vienen redactados. En efecto, el proyecto regula el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria, y si para ello es necesario hacer referencia al informe de alta hospitalaria porque aquél se ha de nutrir de los datos que, según la citada Orden, han de consignarse en este último, debe indicarse así, pero no con una referencia a los obligados a emitir dicho informe, pues el Decreto no tiene como finalidad directa regular este último. Por las mismas razones, tampoco tiene justificación la referencia a la obligación de entregar al paciente o persona responsable el informe del alta.

- **Artículo 9.** La exigencia de que el Director General de Salud otorgue la acreditación de los Centros hospitalarios sujetos al Decreto previo informe favorable del Servicio correspondiente supone introducir una distorsión no justificada en la estructura jerárquica de la Administración, pues la facultad resolutoria de dicho Director se verá condicionada por el parecer de su Servicio.

Debería suprimirse por ello el carácter favorable del informe.

- **Disposición Adicional Primera.** Establece que aquellos Centros hospitalarios que en la actualidad elaboran el Conjunto Mínimo Básico de Datos recibirán la acreditación previa remisión de los datos correspondientes a los años 1993 a 1998 y, además, para los Hospitales privados, a 1999.

El precepto adolece de imprecisiones que nos suscitan varias dudas. Así, el ámbito subjetivo son los hospitales que "en la actualidad" elaboran "el Conjunto mínimo básico de datos". En primer lugar, la referencia a la actualidad parece referirse al momento de entrada en vigor del Decreto, lo que sería más preciso. En segundo lugar, no se especifica en el texto cuál es ese Conjunto mínimo básico de datos que han elaborado desde 1993 hasta el presente, pues no puede ser el que se contempla en el artículo 4 del Proyecto. Debe precisarse a qué Conjunto de datos se refiere.

- **Disposición Adicional Segunda.** En su inciso final, es más correcto decir "del año 2000".

- **Disposición Final Primera.** Debe eliminarse, pues la facultad del Consejero de dictar actos ya le viene atribuida por otras normas del ordenamiento regional.

En atención a las anteriores consideraciones, el Consejo Jurídico formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.** Informar favorablemente la aprobación del Proyecto de Decreto objeto de este dictamen, con las observaciones que se expresan en los siguientes epígrafes:

- En la Consideración Segunda, la exigencia del informe del titular de la Secretaría General de la Consejería proponente.

- En la Consideración Cuarta II, las relativas a los artículos 2.1, 3, 9, Disposición Adicional Primera y Segunda y Disposición final primera.

No obstante, V.E. resolverá.