

TEMA 7**INTRODUCCION A LOS SISTEMAS SANITARIOS. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL****ÍNDICE DE CONTENIDOS**

1. Introducción a los Sistemas Sanitarios
2. Modelos de Sistemas Sanitarios
 - 2.1. El entorno de los sistemas sanitarios
 - 2.2. Tipos de sistemas sanitarios
 - 2.2.1. Modelo liberal
 - 2.2.2. Modelo socialista
 - 2.2.3. Modelo mixto
3. Sistema sanitario español
 - 3.1. Evolución histórica de la atención sanitaria en España
 - 3.2. Sistema Nacional de salud de España
 - 3.2.1. Competencias en la gestión sanitaria
 - 3.2.2. Organización del Sistema Nacional de Salud
 - 3.2.3. Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
 - 3.3. El paciente: titular del derecho a la salud
 - 3.3.1. Derechos
 - 3.3.2. Obligaciones
 - 3.4. El profesional sanitario: responsable de la atención sanitaria
 - 3.4.1. Responsabilidad legal
 - 3.4.2. Responsabilidad deontológica: Los colegios profesionales

1. INTRODUCCIÓN A LOS SISTEMAS SANITARIOS

La [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) en 1978 en la conferencia realizada en Alma-Ata, define la salud como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”.

También la OMS define el sistema sanitario como “un conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines.”

Así, *la función principal de un sistema sanitario* es asegurar el derecho a la salud de la población, procurando que no enferme y que cuando lo haga, el paciente sea correctamente diagnosticado y tratado. Pero además, sobre la salud de las personas influyen la educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, entre otros; por lo tanto actuar sobre ellos ayudará a mejorar las condiciones de salud de ese país.

En España, el derecho a la salud aparece reflejado en la [Constitución de 1978](#) vigente en el momento actual, en su artículo 43, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los españoles y se establece que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”.

A partir de la segunda mitad del siglo XX se ha producido un incremento progresivo de los costes de los sistemas sanitarios: las nuevas tecnologías son caras, los hospitales crecen y absorben cantidades crecientes de recursos humanos y materiales, el

envejecimiento de la población ha aumentado las enfermedades crónicas y degenerativas, la población demanda cada vez más y mejores servicios de salud, y los recursos no siguen un crecimiento paralelo que permita cubrir totalmente las necesidades.

Por ello, desde el punto de vista de la Administración y Gestión sanitaria, la tarea es intentar acercar los servicios sanitarios a toda la población, de acuerdo con las disponibilidades, y en condiciones de eficiencia y equidad.

En este tema vamos a exponer los principales modelos sanitarios y los elementos que los componen. Y vamos a centrarnos en el Sistema Sanitario Español, describiendo el marco legal en el que se encuadra y sus principales características actuales.

2. MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS

2.1 El entorno de los Sistemas Sanitarios

Un *sistema sanitario básico* es la relación entre un médico (oferta) y un paciente que sufre una enfermedad y que se dirige al profesional en busca de ayuda (demanda). El médico realiza su acción en respuesta a la demanda de salud del paciente y a cambio recibe un pago por sus servicios.

Pero en cualquier sociedad compleja, los sistemas de relaciones se complican. Así, en un sistema sanitario encontramos dos elementos principales, los proveedores de la atención sanitaria (los servicios médicos) y los receptores de la misma (la población a la que atienden), que se relacionan entre ellos mediante diferentes mecanismos.

En el lado del paciente nos encontramos a **la población** del país; los sistemas sanitarios deben tener en cuenta sus diferentes características: demográficas, económicas, educativas y culturales, porque todas ellas influyen en lo que le piden al sistema sanitario.

Pero además estas mismas personas, como pacientes lo que quieren es que el dinero no sea ningún problema y que cuando estén enfermos se les ofrezca la mayor calidad, eficacia, capacidad de elección y rapidez. Pero cuando tienen que pagar impuestos como contribuyentes quieren que estos no suban.

Del lado de la oferta están **los proveedores**, que no sólo incluye a los médicos o las enfermeras que atienden directamente la enfermedad, sino a todo el conjunto de profesionales sanitarios, organizaciones e instituciones, tales como: centros de salud, ambulatorios, hospitales, laboratorios, compañías de ambulancias o empresas que prestan soporte socio-sanitario.

Otro de los protagonistas en este escenario, es **el Gobierno**, encargado de **la regulación**, es quien dicta el conjunto de normas que marcan las reglas de funcionamiento del sistema sanitario. Tales como: cuántos y dónde se deben instalar nuevos recursos o quiénes tienen derecho a qué prestaciones sanitarias. En el caso de que la regulación la realice la administración pública se expresará en forma de leyes, decretos y órdenes.

Y por último está **la financiación**, o lo que es lo mismo, cuál es el origen de los recursos económicos dedicados a la prestación de un servicio.

Podemos distinguir *cuatro formas de financiación*:

- Liberal: Se caracteriza por el pago efectuado directa y voluntariamente por el usuario al proveedor, sin intermediarios de ningún tipo. La utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.
- Seguros voluntarios: Los usuarios suscriben una póliza con una compañía privada, que les cubre la asistencia en una serie de prestaciones contratadas. Estas compañías actúan como agencias aseguradoras y son las que pagan al médico, actuando como intermediarios
- Seguros sociales obligatorios: La financiación es a través de cuotas proporcionales a los salarios, que son pagadas por los trabajadores y por los patronos. La compañía aseguradora que recauda estos seguros es la encargada de pagar a los proveedores (médicos, enfermeras, técnicos...). Y la cobertura de la asistencia es similar para todos los asegurados.
- Servicio Nacional de Salud: la financiación se hace a través de una partida de dinero procedente de los presupuestos generales del estado. Los médicos normalmente son empleados del sistema, y la distribución de los recursos es decidida por los directivos políticos.

En el escenario descrito es en el que se mueven los diferentes participantes de un sistema sanitario, estableciéndose entre ellos relaciones de agencia.

Una **relación de agencia** puede ser definida como “todo acuerdo o contrato en función del cual una persona, principal, acuerda con otra, agente, que este último realice algún servicio en su nombre, delegando en él cierta autoridad o poder de decisión” (Jensen y Meckling, 1976).

El sector sanitario es un buen ejemplo de la multiplicidad y complejidad de las relaciones de agencia existentes. Como ejemplo de algunas de estas relaciones tenemos las que se producen entre médico-paciente, entre centro sanitario-paciente, entre médico-centro sanitario y entre suministradores-médico.

Pero la relación de agencia que se establece entre un médico y su paciente es especial, porque el médico posee los conocimientos específicos y propios de su profesión; lo que dificulta el control por parte del paciente. Y además éste carece de los conocimientos técnicos necesarios para conocer su estado de salud y los tratamientos disponibles, así como su idoneidad, de acuerdo a sus necesidades. Por ello, el paciente delega la autoridad en el médico, para que este último actúe como lo haría el paciente por sí mismo si estuviese en posesión de los conocimientos necesarios.

Esta especial relación de agencia está presente sea cual sea la especialidad del médico, pero es aún más importante en la figura del médico de familia. Los facultativos del centro de salud son el nexo inexorable de unión entre el paciente y el resto de especialistas. Y serán la referencia última cada vez que una persona no sepa dónde acudir o le asalte la duda.

2.2 Tipos de Sistemas Sanitarios

Los resultados sobre la salud de la población, dependerán de cómo sea el modelo en el que se encuadre el sistema sanitario de ese país. Variarán la equidad, la eficacia, la eficiencia, la satisfacción y la universalidad. Según cómo sean las características organizativas y financieras de los sistemas de salud, se priorizarán más uno u otro de estos objetivos. No hay ningún sistema que dé el máximo en todas, y pretender mejorar un objetivo implica ser más modesto en otro.

Según la OMS, a cualquier *sistema sanitario que pretenda ser óptimo* se le deben exigir las siguientes cualidades:

- Universalidad, o cobertura total de la población sin ninguna distinción.
- Atención integral, significa que el sistema sanitario debe atender no solo a la “asistencia” sino en conjunto amplio, a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Equidad: referida a la igualdad de trato y accesibilidad a los servicios y en la igualdad de rendimiento de los servicios.
- Debe ser eficiente, es decir, conseguir el máximo de salud y prestaciones al coste óptimo.
- Flexibilidad, con objeto de poder responder ágilmente a las nuevas necesidades.
- Participación real de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario. Las prestaciones cubiertas son responsabilidad de toda la sociedad y no sólo de los sanitarios.

Las peculiaridades de los servicios, los valores predominantes y la evolución histórica definen las características del sistema de salud en cada país.

Cualquier sistema de clasificación de un sistema sanitario es artificial, ya que simplifica la realidad, por lo que debe ser tomado como un instrumento auxiliar para entender dicha realidad y su evolución. No existen sistemas puros, y los sistemas sanitarios de los diferentes países presentan combinaciones de los diferentes modelos.

A efectos de estudio se pueden agrupar en tres grandes subsistemas.

2.2.1 Modelo Liberal

También llamado modelo libre mercado. Es el modelo que impera en los Estados Unidos y tiene las siguientes características:

- La salud es considerada como un bien de consumo, y como tal está sometido a las leyes de la oferta y la demanda a la hora de realizar la distribución de recursos en la sociedad.
- El estado no tiene que proteger la salud en toda su amplitud, y realiza una contribución a la asistencia sanitaria comparativamente muy pequeña. Prácticamente lo invierte todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos.
- El usuario paga directamente al proveedor, o más frecuentemente a través de compañías privadas de seguros. La regulación se limita a establecer unas condiciones para el ejercicio (licencias profesionales y otras) y la utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

Este modelo favorece la competitividad entre los diferentes proveedores para captar clientes, lo que hace que la tecnología y la investigación científico-médica avance notablemente. Además lleva implícita la idea de libertad de elección por parte de los ciudadanos.

Pero olvida que el mercado sanitario incumple las normas básicas de todo mercado ya que no existe un libre juego de la oferta y la demanda, dada la relación de agencia imperfecta, que se establece entre el médico y el enfermo debido a las asimetrías de información entre ambos.

También, necesariamente deben tener redes de beneficencia que atiendan a los que no pueden pagar directamente o no tienen seguros que les cubran ampliamente; esto genera situaciones graves de falta de equidad y discriminación.

2.2.2 Modelo Socialista

El modelo socialista puro solo se ha dado en los países comunistas, de los que los únicos ejemplos que quedan en la actualidad son Cuba y Corea del Norte. Se caracteriza por:

- Financiación en su totalidad por presupuestos generales del Estado, basándose en la solidaridad financiera de todos los miembros de la sociedad.
- Cobertura universal y gratuita de la población, en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad.
- Los medios de producción son de propiedad pública y el estado se encarga de la planificación y distribución de los recursos.

Entre sus ventajas están la apuesta por la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas.

Sin embargo, este modelo sanitario, aun siendo más justo y solidario desde el punto de vista social en su concepción tiene las dificultades derivadas de su excesiva rigidez por la burocracia y la administración que pueden llevarlo a perder toda su legitimidad. Además, los procesos con índices pequeños de incidencia no son adecuadamente atendidos, como tampoco los de difícil diagnóstico, lo que, aunque no incide en el global de salud de la población, afectaba notablemente a los individuos.

2.2.3 Modelo Mixto

Es el modelo de gran parte de los países occidentales. Se basa en la separación entre la financiación y la provisión de los servicios sanitarios. Se caracteriza por:

- La financiación de los servicios es mayoritariamente pública por vía impuestos, pero el sector privado puede participar en la financiación de aquellos servicios que se demanden directamente por los ciudadanos.
- La provisión de los servicios será indistintamente pública y privada, pero debe garantizarse el cumplimiento de unos parámetros de calidad asistencial adecuada.
- Se basa en la potenciación de la promoción y prevención y de la atención primaria de salud.

Según como sea la financiación en estos países con sistemas mixtos, se pueden distinguir dos modelos:

- *El mutualista*, que procede del originario modelo bismarkiano, la financiación proviene de las cotizaciones de los trabajadores y empresarios, y cubre sólo a los mutualistas y a sus familias. En principio este modelo garantizaba la asistencia sólo a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no "cotizaban". Los países que tienen sistemas que derivan de esta variante del modelo mixto son principalmente Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda. Actualmente todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.
- *El de sistemas públicos o de Beveridge*, la financiación procede de los presupuestos generales del estado y se presta en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado, que elabora planes de salud, con objetivos definidos, claros y evaluables. Este modelo es el que dio origen al Sistema Nacional de

Salud en diferentes países, Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal.

Estos modelos mixtos tienen un alto coste de las prestaciones sanitarias, que dificulta su viabilidad económica, y necesitan de importantes medidas para mejorar la gestión de las prestaciones, para optimizar recursos, para introducir nuevos modelos de gestión manteniendo la financiación pública, concertar con la empresa privada diferentes formas de provisión de servicios, etc.

3. SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

3.1 Evolución Histórica de la Atención Sanitaria en España

Inicialmente, el lugar de atención sanitaria por excelencia para las clases medias y altas era el domicilio del paciente y el aparataje médico se contenía en el maletín.

Hasta final del siglo XIX estamos en España ante un sistema sanitario de país pobre, con predominio de un subsistema de Beneficencia pública, al amparo de la Ley de Beneficencia de 1822. Como precedentes de los seguros sociales, las hermandades de Socorros Mutuos enmarcadas en los gremios, se nutrían de una cotización previamente reglada y cubrían determinadas contingencias médicas preestablecidas. Al desaparecer los gremios al final del siglo XVIII y principios de XIX, se crearon los montepíos laicos, sólo para funcionarios y profesiones libres. Se constituye en 1898 el Instituto de Reformas Sociales, y en 1908 el Instituto Nacional de Previsión, que con el tiempo será la más importante estructura del sistema de seguridad social español. Tras la depresión de los años treinta surgió una reacción política en los estados occidentales que fomentó el desarrollo de los seguros de salud; la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad se aprueba en España en 1942.

A partir de la segunda mitad del siglo XX es el moderno hospital donde se van a reunir un equipo de profesionales cualificados, dotados de complejo instrumental e instalaciones sofisticadas, que permiten diagnósticos más precisos y tratamientos más eficaces.

Realizada la transición democrática, la Constitución y Ley General de Sanidad reconocen el derecho a la protección a la salud y el derecho universal a la asistencia sanitaria, pasando de un sistema de Seguridad Social, a un Sistema Nacional de Salud.

3.2 El Sistema Nacional de Salud en España

El **Sistema Nacional de Salud**, queda definido en la [Ley General de Sanidad](#) como “el conjunto de los Servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas”, y sus características fundamentales son:

- La asistencia sanitaria pública se extiende a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
- Organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

- La financiación de las obligaciones se realiza mediante recursos de las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios

Sin embargo esto no es estrictamente así pues existen algunos colectivos, que no pueden ejercer este derecho a la asistencia sanitaria pública. Son fundamentalmente cuatro: parados que han dejado de percibir el subsidio de desempleo y tienen algún tipo de renta, españoles que han vivido en países del extranjero sin convenio sanitario con España y que tienen recursos económicos, personas que nunca han trabajado y disponen de alguna renta, y trabajadores liberales incluidos en colegios profesionales que no están integrados en el régimen especial de autónomos.

3.2.1 Competencias en Gestión Sanitaria

En la actualidad la Gestión de la Asistencia Sanitaria se encuentra transferida a las distintas Comunidades Autónomas, quedando las competencias en materia de sanidad como se describe en el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social del año 2010, que se describe a continuación.

- **Competencias del Estado:**
 - Bases y coordinación general de la sanidad.
 - Sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales. España colabora con otros países y organismos internacionales en los siguientes aspectos: control epidemiológico, lucha contra las enfermedades transmisibles, conservación de un medio ambiente saludable, elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales, investigación biomédica y todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud.
 - Legislación sobre productos farmacéuticos: los principios y criterios sustantivos para fomentar el uso racional del medicamento, se encuentran en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, con la que asegurar la calidad de la prestación en todo el Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado, de tal manera que se cumpla el objetivo central de que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad.
- **Competencias de las comunidades autónomas:**

Cada comunidad autónoma cuenta con un *Servicio de Salud*, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias. Y aproxima la gestión sanitaria a los ciudadanos, garantizando la equidad, calidad y participación de los mismos.

La Administración Central del Estado mantiene, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria - INGESA -, la gestión de la sanidad en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

- El **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:**

Es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los distintos Servicios de Salud Autonómicos entre sí y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Está formado entre otros, por los Consejeros de todas las comunidades autónomas y presidido por el Ministro de Sanidad.

3.2.2 Organización del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se organiza en *dos entornos o niveles asistenciales*: Atención Primaria y Atención Especializada.

Atención Primaria

En la conferencia de la **OMS-UNICEF** de Alma-Ata, en 1978, se define la Atención Primaria de Salud como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Las *características que definen la atención primaria* son:

- **Accesibilidad:** los pacientes reciben una atención rápida, oportuna, proporcionada y adecuada a sus necesidades de salud. La accesibilidad es fundamental para garantizar la equidad del sistema sanitario.
- **Continuidad:** la atención de los pacientes es a lo largo de su vida, en sus distintos ámbitos ya sea en domicilio, en la escuela, o en el trabajo. Y en cualquier situación asistencial: a demanda, programada, urgente o seguimiento hospitalario.
- **Integralidad:** valorando a la persona desde una perspectiva biopsicosocial. Las actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social han de formar parte de las actuaciones desarrolladas por la atención primaria. Así como la atención individual, familiar y comunitaria.
- **Coordinación:** basada en el trabajo en equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios, que permita que la información de cada paciente o familia esté accesible a las necesidades organizativas y asistenciales de todos los servicios de salud que la necesiten
- **Enfoque clínico asistencial, docente e investigador:** el equipo de atención primaria da respuesta a las demandas asistenciales de la población, la organización de las actividades se planifica y evalúa. Además incorpora la docencia y la investigación como métodos de mejora profesional y crecimiento.

La atención primaria de salud es llevada a cabo por los **Equipos de Atención Primaria** formados por profesionales sanitarios y no sanitarios. Su núcleo básico lo forman: médicos de familia, personal de enfermería, trabajadores sociales y técnicos no sanitarios.

Las *funciones y actividades del equipo de atención primaria* son:

- Asistencia a las demandas de salud de la población.
- Promoción de la salud: a través de la educación sanitaria individual y colectiva.
- Prevención de la enfermedad: en grupos de riesgo.
- Rehabilitación: en procesos agudos y crónicos.

- Funcionamiento interno y soporte: docencia e investigación, formación continuada, organización interna, gestión y política de calidad y evaluación.

Actualmente cada médico de familia tiene adscrito un cupo de pacientes que es el listado de los que tiene la obligación de atender en su consulta. La organización de enfermería también suele estar organizada por cupos, lo más habitual es que cada cupo de pacientes sea atendido por el mismo médico y la misma enfermera. La suma total de los pacientes correspondientes a todos los cupos es lo que forma la población a atender por ese equipo y ese centro de salud.

Atención Especializada

La atención especializada se presta en centros de especialidades y en los hospitales.

Se caracteriza por:

- Cuenta con medios diagnósticos y terapéuticos de mayor coste y de mayor complejidad, que aumentan su eficiencia si se concentran.
- Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.
- El acceso a este nivel de atención se realiza por indicación de los facultativos de atención primaria mediante el volante de interconsulta. Así pues, la puerta de entrada de los pacientes al sistema sanitario es el médico de familia, y mientras sea eficiente podrá solucionar hasta el 95% de las consultas diarias sin derivar a otro especialista. Cuanto mejor sea la capacidad de filtro del médico de familia, más elevado será el nivel de patología en la sala de espera del segundo nivel, y por lo tanto más acertados serán los diagnósticos que realice el especialista.
- Se puede atender al paciente en régimen ambulatorio o de internamiento. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global.

En el artículo 56 de la Ley General de Sanidad, se definen las **Áreas de Salud** como las estructuras fundamentales del sistema sanitario con una dirección, gestión y administración que garantiza la realización de todas las actividades de la atención primaria en las zonas básicas de su influencia. Se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Como regla general, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Exceptuando las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área.

En esta misma ley se establece que las Áreas de Salud se dividirán en **Zonas Básicas de Salud** para conseguir la máxima operatividad y eficacia. En su delimitación deberán tenerse en cuenta: las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios, así como criterios demográficos, geográficos, sociales y epidemiológicos.

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los **Centros de Salud**, que son los lugares de trabajo los equipos de atención primaria y están dotados de los medios personales y materiales necesarios para atender a la población.

Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud.

En la **Comunidad Autónoma de Madrid**, el 29 de Julio de 2010 se aprueba el Decreto 52/2010, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud. Con esta nueva organización de se pretende favorecer la racionalización de procesos y procedimientos, que generarán importantes economías de escala, con las correspondientes mejoras en la eficiencia y equidad del sistema. Además se posibilita la libertad de elección de médico, enfermero, pediatra en atención primaria y de médico y hospital en atención especializada, ya aprobados con anterioridad en Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

3.2.3 Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

El conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. La **cartera de servicios básica** se establece en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y que *incluye las siguientes prestaciones:*

- Prestaciones de salud pública: es el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población.
- Prestación de Atención Primaria: es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.
- Prestación de atención especializada: comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel.
- Prestación de atención socio-sanitaria: comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.
- Prestación de atención de urgencia: se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.
- Prestación farmacéutica: comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos

individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

- Prestación ortoprotésica: consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien de modificar, corregir o facilitar su función.
- Prestación de productos dietéticos: comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.
- Prestación de transporte sanitario: necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.
- Servicios de información y documentación sanitaria: incluye la tramitación de los procedimientos administrativos que garanticen la continuidad del proceso asistencial, la información al paciente sobre todas las actuaciones asistenciales que se le vayan a practicar, la expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad u otros efectos; entre otros.

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.

3.3 El paciente: titular del derecho a la salud

3.3.1 Derechos del paciente

El derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido expresamente en el [artículo 43 de la Constitución de 1978](#), encomendándose a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La primera ley que desarrolla dicho derecho constitucional es la [Ley General de Sanidad \(Ley 14/1986\)](#), que tiene como objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacerlo efectivo, y estableció en su artículo 1 quiénes son los titulares de este derecho:

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

Tras la incorporación a la Unión Europea el último epígrafe es concretado por la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de la siguiente manera:

- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado Español y les sean de aplicación
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las Leyes, los tratados y los convenios suscritos.

Todos los pacientes tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas Administraciones Públicas Sanitarias (los derechos marcados con (*), también son aplicables a los establecimientos privados):

- Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, político o sindical (*).
- A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público (*).
- Todo paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles que le presente el responsable médico de su caso.
- Con carácter general, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios siendo preciso el previo consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: a) cuando la intervención suponga un riesgo para la salud pública. b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones; en cuyo caso, el derecho corresponderá a los familiares o personas a él allegadas (*).
- Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
- A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización, y por escrito, del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario (*).
- A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad (*).
- A utilizar las vías de reclamación y de propuesta sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
- A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en la ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los Centros de Salud.
- A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la administración general del estado.

Por su especial importancia, la [Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica \(41/2002\)](#) desarrolla en algunos de sus capítulos los siguientes:

El derecho de Información Sanitaria

El titular del derecho a la información asistencial es el paciente. Como regla general se proporcionará verbalmente, y comprenderá como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. La información clínica se comunicará de forma comprensible y adecuada y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Además toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

Cuando el médico considere que el paciente carece de capacidad para entender, la información se proporcionará a sus familiares o representantes legales.

Se entenderá por *necesidad terapéutica* la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. El médico dejará constancia en la historia clínica y se lo comunicará a sus allegados.

El derecho a la intimidad

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar este derecho.

Los datos personales de carácter sanitario tienen el mayor grado de protección en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley 15/1999), siendo el principal documento sujeto a esta máxima protección la Historia Clínica

La *Historia Clínica* comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en ellos. La cumplimentación de la historia clínica es un derecho del paciente, que sirve como instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, y al cual tiene acceso los profesionales asistenciales. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos relacionados con sus propias funciones. Todo el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

El paciente tiene derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella, aunque este derecho no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de de terceras personas a su confidencialidad, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración (que pueden reservar el acceso a sus anotaciones subjetivas). El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, obliga a preservar los datos de identificación del paciente separados de los clínico-asistenciales para que quede asegurado el anonimato.

El respeto a la autonomía del paciente: el consentimiento informado y las instrucciones previas.

Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el *consentimiento libre y voluntario del afectado*. El consentimiento será verbal por regla general, sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general en procedimientos que suponen riesgos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Además, el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: las consecuencia relevantes que la intervención comporta con seguridad; los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente; los riesgos probables en condiciones normales, según el estado de la ciencia y la experiencia; las contraindicaciones.

Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de su consentimiento previo a la intervención.

Los facultativos podrán obviar el consentimiento en los siguientes casos: cuando existe riesgo para la salud pública (se comunicará a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas si se dispone el internamiento obligatorio); cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando a sus familiares o personas vinculadas cuando las circunstancias lo permitan. La ley contempla también en consentimiento por representación en los supuestos de incapacidad legal, intelectual o emocional, y minoría de edad.

Por el *documento de Instrucciones Previas*, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo. Puede además designarse un representante, que debe aceptar dicha representación como interlocutor ante el equipo médico.

Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento, dejando constancia por escrito. No serán aplicadas las Instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la "lex artis", ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado había previsto.

La declaración debe hacerse por escrito, ante un notario, o ante un funcionario del Registro de instrucciones previas, o ante tres testigos. Los registros de instrucciones previas tienen carácter autonómico, y está contemplada en la ley la creación de un registro nacional.

3.3.2 Obligaciones del paciente

Sorprendentemente, frente al extenso desarrollo legal de los derechos del paciente, el artículo 11 de la Ley General de Sanidad, tan sólo contempla que serán cuatro (la última modificada por la ley 41/2002) las **Obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:**

- Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios
- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
- En el caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria. Si no la firmara la dirección del centro podrá disponer el alta forzosa, excepto cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque su decisión.

3.4 El profesional sanitario: responsable de la Atención Sanitaria

La primera consideración que se debe hacer acerca de la responsabilidad del médico, es que el encuentro del médico con el paciente sólo debe suponer que el profesional sanitario se obliga a actuar de acuerdo a la “Lex Artis”: prestar al enfermo los cuidados conscientes y atentos y, salvo circunstancias excepcionales, que sean conformes al estado de la ciencia, en el momento en que se preste la asistencia. Es decir, la obligación del médico es una obligación de medios, pero no de resultados; el médico no contrae el compromiso de obtener la curación.

Aclarado este concepto, podemos hablar con carácter general de las siguientes responsabilidades en el ámbito de la responsabilidad médica: Penal, Civil, Disciplinaria, Deontológica y Administrativa o patrimonial de las administraciones públicas.

3.4.1 Responsabilidad Legal

Entendemos por **Responsabilidad Penal**, la que surge cuando se comete un delito o una falta, para lo cual debe existir culpa o dolo, un daño producido, y una relación de causalidad entre la acción u omisión y el daño.

El dolo supone una actuación voluntaria y deliberada (intencional) de dañar a otro. En cambio la culpa supone una actuación negligente, es decir falta de diligencia o previsión, que acarrea la infracción de alguno de los deberes médicos.

La **Responsabilidad Civil** se refiere a tener que hacer frente a una indemnización, como consecuencia de haber causado un daño, sin la existencia de culpa o dolo. No obstante, el fracaso o el error del médico no siempre es equivalente a responsabilidad, puesto que la ciencia médica no es exacta, y la responsabilidad se exige con arreglo a los conocimientos del momento y la disponibilidad de medios en la situación concreta

Otro tipo de responsabilidad que afecta a *la administración pública*, es la **Responsabilidad Administrativa o patrimonial**. Es una responsabilidad directa de la administración, que no involucra al profesional sanitario, y que se basa en que las administraciones públicas deben indemnizar cuando producen un daño como consecuencia del funcionamiento (normal o anormal) del servicio público sanitario.

Para los médicos que trabajan en el ámbito público, puede existir una **Responsabilidad Disciplinaria** en el caso de infracción contemplada en la normativa vigente. La norma básica que en la actualidad es la Ley 55/2003, del Estatuto marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, que contempla en su capítulo IV los Derechos (individuales y colectivos), y Deberes del personal estatutario.

3.4.2 Responsabilidad Deontológica: los Colegios Profesionales de Médicos

Los Colegios Profesionales, reconocidos en el artículo 36 de la Constitución, son corporaciones sectoriales que atienden a la defensa y promoción de los legítimos intereses particulares de sus miembros. En la mayoría de las Comunidades, es requisito indispensable para el ejercicio de la medicina el hallarse incorporado al Colegio correspondiente, y quienes estén en disposición de la titulación exigida, y reúnan los requisitos exigidos en los estatutos tiene el derecho a ser admitidos en los colegios.

Son fines y funciones esenciales de los Colegios la representación y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados, ordenar la actividad de sus colegiados velando por la ética y la dignidad profesional, conciliar los intereses de los

profesionales con el interés social y los derechos de los pacientes, y evitar el intrusismo profesional y la competencia desleal. Y todo ello, sin perjuicio de la competencia de la Administración pública por razón de la relación estatutaria del profesional, o para velar por el interés público.

Los Colegios tiene además el deber de ofrecer información actualizada sobre el Registro de Colegiados, y las vías de reclamación y los recursos que pueden interponerse en caso de conflicto entre el paciente y médico, y el contenido del código deontológico.

La **Deontología Médica** es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la consulta profesional del médico. Los deberes que impone el Código, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea su modalidad en que la practiquen. El incumplimiento de alguna de sus normas, supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los estatutos de la Organización Médica Colegial.

Se recogen entre sus principios algunas de las obligaciones que ya hemos visto también reguladas por la normativa legal. Entre ellos:

- Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico; la salud del paciente debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.
- Cualquiera que sea su especialidad y modalidad de ejercicio debe prestar ayuda de urgencia al enfermo y al accidentado.
- El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. No deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas.
- El médico debe disponer de libertad de prescripción. El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que la protección del paciente, y debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad.
- La medicina defensiva es contraria a la ética médica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Serrano Martínez M, Casado Vicente V, Bonal Pitz. Medicina de Familia. Guía para estudiantes.
- 2 Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt Brace de España, S.A; 1999.
- 3 Lamata F. Manual de Administración y Gestión sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A; 1998.
- 4 Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Protección de datos personales para Servicios Sanitarios Públicos. Madrid: Editorial Thomson Civitas; 2008.
- 5 Código de Ética y Deontología Médica 1999. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Accesible en: <http://www.cgcom.es/sites/default/files/Codigo.pdf>
- 6 Ley Orgánica 15/1999, de 13-12-1999, de Protección de datos Personales. BOE 14-12-1999
- 7 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29-04-1986. (Actualizada a fecha 30-05-2003)
- 8 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29-05-2003
- 9 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15-11-2002. (Actualizada fecha 30-05-2003)
- 10 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 22-11-2003
- 11 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud
- 12 Descripción de los diferentes modelos sanitarios. Accesible en: <http://picassocmc.files.wordpress.com/2009/01/modelossanitarios.doc>
- 13 OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra.1978. Accesible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- 14 Sistema Nacional de Salud España 2010. Accesible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>
- 15 DECRETO 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. Núm. 189, 9-8-2010.
- 16 LEY 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. Núm. 274 , 18-11-2009