



GRADO EN RELACIONES LABORALES
Y
RECURSOS HUMANOS

**Las políticas públicas de protección social:
“Asistencia Sanitaria”**

Autor: Andrés Benítez Rodríguez

Tutora: Purificación Morgado Panadero

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	1
II.	RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD.....	2
III.	COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.....	3
IV.	TITULARES DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	5
V.	REGULACIÓN DE LAS ACCIONES A LA PROTECCIÓN A LA SALUD. LEY GENERAL DE SANIDAD.....	9
	<i>5.1 Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema de Salud.....</i>	<i>11</i>
	<i>5.2 Estrategia y Programa de actuación sanitaria.....</i>	<i>15</i>
VI.	ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.....	18
VII.	PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA.....	20
VIII.	CONCLUSIONES.....	39
	BIBLIOGRAFÍA.....	41

I. Introducción y Justificación.

El mantenimiento de los servicios públicos es por parte de las Administraciones Públicas una de las funciones y de los objetivos de mayor prioridad de cara a la preocupación y satisfacción de los ciudadanos.

Los gobiernos, mediante sus actuaciones en los distintos campos sociales tomarán las medidas oportunas para poder lograr y llegar a un Estado de bienestar, a través de la activación de políticas sociales de gran reconocimiento y relevancia en el marco de las Relaciones Laborales.

Nuestro estudio va basarse en la política pública en el ámbito sanitario, tal como promulga y garantiza nuestra Constitución Española en el artículo 43, el derecho a la protección de la salud, como uno de los principios rectores de las políticas sociales.

La sanidad, o más concretamente el derecho a la asistencia sanitaria, se encuentra en constantes cambios normativos, que generan diversas opiniones de ciudadanos, colectivos, medios de comunicación..etc. Esta preocupación de los individuos se justifica por tratarse de un derecho vinculado a un derecho fundamental, como es el derecho a la vida, integridad física y en plenitud máxima.

A pesar de ser el campo sanitario bastante complicado por su dificultad y amplitud en todos sus aspectos (jurídico, organizativo, desarrollo y ejecución), se nos hace atractivo el poder plasmar un pequeño conocimiento sobre el existente Sistema Sanitario Público en lo respectivo a cuestiones tales como la estructura, competencias, titulares del derecho, actuaciones de las Administraciones Públicas y los tipos de prestaciones de asistencia sanitaria que contempla nuestro ordenamiento jurídico.

Analizaremos los principales programas de política pública sanitaria, sus características básicas, haciendo especial hincapié en las últimas reformas normativas que desarrollan la política del derecho a la asistencia sanitaria, y cuyo objetivo prioritario es garantizar la protección social sanitaria a todos los ciudadanos. Este estudio persigue ayudar a comprender la dinámica de funcionamiento del sistema sanitario tanto exteriormente como desde el punto de vista interno del mismo, con el fin de capacitar para ejercer un asesoramiento en el mundo laboral y dar respuesta a las diferentes dificultades o controversias que se generan en el ámbito sanitario.

II. Reconocimiento constitucional del derecho a la salud.

Nuestra Constitución Española de 27 de Diciembre de 1978, dentro de su Título Primero Capítulo Tercero, nos enumera los principios rectores de la política social y económica, en particular el artículo 43.1 por el que se reconoce el derecho a la protección de la salud:

Este artículo significa un giro de 180 grados en lo que era la política sanitaria y de seguridad social del régimen anterior. Así como en 1943 se estableció el seguro obligatorio de *enfermedad*, en 1978 lo que se pretende instrumentar es el *derecho a la protección de la salud*, con una intencionalidad ante todo preventiva y no siempre curativa. El viejo refrán de que <<es mejor prevenir que curar>> se ha olvidado en muchas ocasiones en la práctica de la sanidad española. Este punto 1 del artículo 43 se ha desarrollado por L.O. 3/1976, de 14 de abril, sobre medidas especiales en materia de salud pública, y por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Tamames, 1988: 76)

El derecho a la salud que se constitucionaliza en el presente precepto es lógica consecuencia del derecho a la vida y a la integridad física, protegidos con rango constitucional por imperativo del art. 15, ya que la salud no es sino el estado en que la vida orgánica se desarrolla normalmente con plenitud en todas sus funciones.....(Alzaga, 1978: 317).

El artículo 43.2 compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto, “ se abandona la idea de seguro: la Constitución no habla ya de seguro de enfermedad y configura la protección de la salud en basa a la condición de ciudadano y no de asegurado”. (Garrido, 1985:789).

El artículo 43.3 los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Cabría pensar que la salud es algo esencial para el disfrute de todos los derechos reconocidos como fundamentales de tal manera que el estado debe proveer ese nivel de cuidado de salud necesario para permitir a cada ciudadano ejercer sus básicos derechos políticos garantizados por la Constitución, pero, aún así se considera que las dificultades para las reglas jurídicas en la determinación de los mínimos o niveles adecuados de las prestaciones, que, entre otras cosas llevarían en último término a su administración judicial, son insuperables, sino es a través de los principios constitucionales. Ahora bien, el artículo 43 de la CE, expresamente reconoce un <<derecho a la protección de la salud>> y el Tribunal Constitucional en STC 71/1982, de 30 de noviembre y 32/1983, de 28 de abril, así parece aceptarlo. (Aparicio, 1989:53).

III. Competencias de las Administraciones Públicas.

Las distintas competencias de las AAPP en relación con la salud aparecen articuladas en el Título II de la LGS, se clasifican desde el punto de vista de la administración de la que dependen en:

- Competencias del Estado.
- Competencias de las CCAA.
- Competencias de las Corporaciones Locales.

Competencias del Estado. Son competencia exclusiva del Estado, la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.

Son actividades de sanidad exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud, los derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. El Ministerio de Sanidad y Consumo colaborará con otros departamentos para facilitar el que las actividades de inspección o control de sanidad exterior sean coordinadas con aquellas otras que pudieran estar relacionadas, al objeto de simplificar y agilizar el tráfico y siempre de acuerdo con los convenios internacionales.

Mediante estas relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colaborará con otros países: en el control epidemiológico; en la lucha contra enfermedades transmisibles, en la conservación de un medio ambiente saludable, en la investigación biomédica y en todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud.

Competencias de las CCAA. Serán aquellas asumidas en sus estatutos y las que el Estado les transfiera, o en su caso, les delegue¹. En el caso de nuestra Comunidad de Castilla y León mediante Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, se hizo efectivo el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud a nuestra CCAA, para el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación del Estado en materia de sanidad e higiene; promoción, prevención y restauración de la salud; así como la coordinación hospitalaria en general, en consecuencia quedaron traspasadas las funciones y servicios, así como de bienes, derechos y obligaciones.

¹ El Sistema Nacional de Salud de una naturaleza mixta, no estatalizada e intervencionista, que permita la libertad de opción del ciudadano, y deje un margen a la definición política sanitaria de las CCAA, y espacio suficiente para las opciones organizativas..(Landa;1999:43)

Competencias de las Corporaciones Locales. Las CCAA, al organizar sus Servicios de Salud, deben tener en cuenta las competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones Territoriales, de acuerdo con lo establecido en sus Estatutos de Autonomía, La Ley de Régimen Local y la LGS.

Las Corporaciones Locales participarán en los órganos de dirección de las Áreas de Salud. Los Ayuntamientos tendrán principalmente responsabilidades de obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios en materia de control sanitario: de medio ambiente (contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas); control sanitario de industrias, transportes, ruidos y vibraciones; control sanitario de edificios (centros de alimentación, peluquerías, saunas, centros de higiene personal, centros residenciales, lugares de vivienda y convivencia humana); control sanitario de distribución y suministro de alimentos de consumo humano; así como control sanitario de cementerios y policía sanitaria mortuoria.

Para todo el desarrollo de estas medidas de control, los Ayuntamientos deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos.

Un curioso y tradicional ejemplo de esta vigilancia o control sanitario, existe en numerosas zonas rurales, como es la “típica matanza casera”. El ciudadano que la va a realizar deberá ponerse en contacto con el veterinario del Centro de Salud correspondiente a su demarcación territorial, para que éste tome las muestras necesarias del animal una vez sacrificado y poder ser analizadas por el Servicio Territorial de Sanidad de la provincia, y poder comprobar si esa cadena alimenticia es óptima o apta para el consumo humano. En el caso de que fuese negativo se tomarán las medidas oportunas para suspender ese proceso y no pueda poner en riesgo o producir daño para la salud pública.

IV. Titulares del derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986 (en adelante LGS), tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud tal como reconoce el art. 43 de la Constitución Española, estableciendo los principios y criterios que han permitido configurar un Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) de carácter público, de universalidad y gratuidad de dicho sistema.

En su artículo 1.2 de la LGS serán 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, así como en su art. 1.3 los extranjeros no residentes en España, y los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

Estos titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, son reconocidos en el art. 3 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, que a su vez ha sido modificado por el reciente Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de 2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En el artículo 3.2 de dicho Real Decreto Ley, a estos efectos, tendrán la condición de asegurados aquellas personas que se encuentren en algunos de los siguientes supuestos:

- a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en alta asimilada, o asimilada a la de alta.
- b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- c) Ser preceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- d) Haber agotado la prestación y el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea; del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España; y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superen el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Respecto a estos ciudadanos del espacio europeo, las Comunidades Autónomas (en adelante CCAA) en el marco de sus respectivas competencias, han extendido el derecho de cobertura de asistencia sanitaria de formas muy diversas, sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento y abocándolo a procedimientos de infracción por parte de la Comisión Europea.

Por esta circunstancia la Comisión Europea mediante dictamen 2009/2341 dirigido al Reino de España, ha dictaminado la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato, al colectivo de ciudadanos comunitarios europeos en el derecho a recibir asistencia sanitaria sea cual sea la CCAA donde residan.

A los efectos de lo establecido en el presente artículo tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente; el ex cónyuge a cargo del asegurado; así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en igual o superior al 65%.

Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Asimismo se incorpora un nuevo precepto por el cual tendrán derecho a la asistencia sanitaria en situaciones especiales, los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, en las modalidades de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa hasta la situación de alta médica; así como de asistencia al embarazo; parto y postparto; y en todo caso los extranjeros menores de dieciocho años en las mismas condiciones que los españoles.

Estas diferentes modificaciones en la asistencia sanitaria de la condición de asegurados, principalmente en el colectivo de extranjeros, se han tenido que regular para poder evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que debilitan de forma alarmante la sostenibilidad de SNS, en ese sentido “la asistencia sanitaria pública dejó de configurarse como un derecho universal, para reconocerse con carácter general solo a los asegurados y sus beneficiarios, con las restricciones establecidas en los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales de Seguridad Social, a los nacionales de países comprendidos dentro del ámbito de aplicación de estos” (Abellán; 2013: 260).

Según el artículo 41 de la Constitución Española (en adelante CE), “ los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo”.

La asistencia y prestaciones complementarias serán libres, respecto a esto nos llama la atención una de las conclusiones a las que se llegó en el X Congreso sobre Derecho y Salud, celebrado en Palma de Mallorca en el año 2002:

La asistencia sanitaria pública ha de desvincularse definitivamente de la Seguridad Social e integrarse en la materia de Sanidad (artículo 43 CE) y en el título competencial correspondiente a tal materia (art. 148.1.21ª y 149.1.16ª CE). No tiene ningún sentido que una asistencia sanitaria pública que se predica universalista y no contributiva, a la que, por tanto, se tiene derecho por el simple hecho de ser ciudadano, se vincule a la Seguridad Social, que sigue siendo un sistema esencialmente contributivo y no universalista. Se trata de construir el SNS, que se conforma como un sistema sanitario integral e integrado. (Lorenzo;1996:101 a 102).

En la línea de una asistencia para todos los ciudadanos:

El principio de universalidad ha generado un fenómeno expansivo que ha permitido a la institución adecuarse a la nueva imagen que de ella se ha formado el conjunto de la ciudadanía. Desde la situación inicial, en la que la asistencia sanitaria pública se reservaba sólo a los trabajadores y sus familiares, se ha alcanzado un grado de generalización muy satisfactorio en el que incluso aquellos ciudadanos extranjeros en situación irregular gozan de los mismos derechos sanitarios que los nacionales. Una prueba más de la fundamentalidad del derecho a la protección de la salud y su íntima relación con la dignidad de la persona. (León, 2010:369).

Cabe reseñar que en los supuestos de sujetos no protegidos sin derecho a asistencia sanitaria, será posible atender a tales sujetos, ahora bien, la Entidad Gestora competente facturará el coste de dicha prestación que están fuera del ámbito de protección que se considerarán pacientes privados.

Asimismo ante el vacío existente en la prestación sanitaria a personas que no tengan la consideración de aseguradas ni de beneficiarias del SNS, se ha creado una vía de acceso específica regulada en el reciente Real Decreto 576/2013 de 26 de julio, que establece los requisitos básicos en que estos ciudadanos sin la consideración de aseguradas podrán suscribir un convenio especial con la Administración Pública, que permitirá a los que la suscriban, mediante el pago de una contraprestación económica, con las mismas garantías extensión, continuidad asistencial y cobertura el poder acceder a los servicios asistenciales del SNS.

V. Regulación de las acciones a la protección a la salud. Ley General de Sanidad.

Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, la asistencia pública sanitaria se extenderá a toda la población española y el acceso a las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igual efectiva.

Tanto el Estado como las CCAA y las demás Administraciones Públicas competentes (en adelante AAPP), organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere el sistema sanitario, aspecto que desarrollaremos en adelante. En opinión de M^a. Cristina Polo Sánchez “Este hecho no significa, sin embargo, que una determinada actuación en al sentido o un compromiso adquirido en un momento dado tenga en toda caso que ser asumido por los poderes públicos de forma inexorable, ya que ello vendrá en función de los medios disponibles dentro del sistema sanitario en ese instante”. (Polo, 2001: 25).

Las CCAA crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de la Ley General de Sanidad (en adelante LGS) y de sus respectivos Estatutos de Autonomía, dichos Servicios de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de Corporaciones territoriales, correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

El artículo 6 de la LGS nos describe que las actuaciones de las AAPP Sanitarias estarán orientadas:

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

Los Servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad. Se considerará como actividad fundamental la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

Tal como se expresa en el libro “Los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios” del IV Congreso de Derecho y Salud, la Constitución ampara por tanto, la salud de los ciudadanos.

A tal fin compromete a los poderes públicos a que organicen un sistema de prestaciones sanitarias, que no puede estar enfocado únicamente hacia el momento en que la salud se ha deteriorado por la existencia de una enfermedad, sino que debe preocuparse también de impedir el surgimiento de ésta, estableciendo medidas preventivas. Corresponde al legislador fijar los derechos y deberes vinculados a esta protección constitucional de la salud. En fin, se exige igualmente a los poderes públicos que incentiven la educación sanitaria, a la que se equiparara la educación física, el deporte y el aprovechamiento del tiempo libre.

El concepto constitucional de salud parece incluir tanto el sentido negativo del término (ausencia de enfermedad) como el positivo (estado óptimo del organismo).

Dentro de estas actuaciones de los poderes públicos, los mismos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público o vinculados a él, de sus derechos y deberes. Se entiende por usuario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, toda persona que acude a un centro sanitario, cualquiera que sea la tipología de éste, bien sea en calidad de paciente o de acompañante, pertenezca al ámbito de la Seguridad Social o no pertenezca.

El trato que se debe dar a todos los usuarios ha de ser respetuoso y amable, procurando evitar al enfermo y familiares sufrimientos y preocupaciones innecesarios. Este trato deriva de su condición humana y de los derechos que como usuario del sistema sanitario público le otorga la Ley, además un comportamiento distinto, puede ser motivo de sanción disciplinaria, al estar tipificado como infracción la falta de respeto o el tratamiento indebido a enfermos y familiares.

La importancia que tienen los derechos y deberes de los pacientes se pone de manifiesto en diferente normativa, de la cual destaca en este sentido la CE, Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias, Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Real Decreto Ley 15/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la Salud en Castilla y León y la ya mencionada LGS.

5.1 Derechos y obligaciones de los usuarios de los Servicios de Salud.

Tanto en la LGS, como en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre de 2002 reguladora de la autonomía del paciente, se establecen los distintos **derechos**² que tienen los beneficiarios a la asistencia sanitaria, con independencia de cual sea la AAPP que la preste, que a continuación vamos a clasificar:

-Derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud: como son el derecho a la intimidad corporal; derecho al acompañamiento; derecho a limitar la grabación y difusión de imágenes; derecho a la confidencialidad de datos genéticos.

-Derechos relativos a la información asistencial como son: el derecho a no ser informado; el derecho a recibir información adecuada de cualquier actuación; derecho que a prohibir que se informe a otras personas; derecho a tener asignado un médico responsable. Derecho éste a nuestro entender de los que más relevancia pueden tener por su importancia en la relación asistencia-paciente.

Los pacientes tienen derecho a conocer con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Dicha información será verbal dejando constancia en la Historia Clínica, que comprende como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias.

² En opinión de Beato Espejo, a los ciudadanos, por su parte, más que un derecho les quedaría reconocida una posición de interés en utilizar tales servicios. (1989: 401)

Actualmente muchos pacientes o a su vez familiares solicitan dicha información telefónicamente, aspecto éste que no es considerable, por lo que se le deberá remitir a recibir dicha información en el Centro Sanitario. Dicha información será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información.

El titular del derecho a la información es el paciente, a su vez serán informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita³. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado y a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con él deber de informar también a su representante legal.

-Derechos a la información sanitaria y epidemiológica.

-Derechos a presentar reclamaciones y sugerencias.

-Derechos relativos a la toma de decisiones sobre la salud.

-Derechos a las prestaciones sanitarias, aspecto este de gran peso e importancia que estudiaremos de forma más considerada.

-Derecho a que se le expida certificado acreditativo de su estado de salud.

-Derecho a la documentación sanitaria. La documentación sanitaria o clínica queda registrada o reflejada en el documento que se llama Historia Clínica, regulada en su desarrollo por Decreto 101/2005 de 22 de diciembre, que comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

La Historia Clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, tanto en los centros de atención primaria como de atención especializada.

³ En este sentido Rodríguez, Gorelli y Vilchez; 2007:215)

Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la Historia Clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten, así como del personal de administración y gestión, que solamente puede acceder a los datos relacionados a sus propias funciones. Todo personal que acceda a esos datos quedará sujeto al deber de secreto.

El acceso a la Historia Clínica por parte de los pacientes o usuarios se realizará reglamentariamente, por escrito a través de los Servicios de Atención al usuario de cada centro sanitario. En caso de solicitar una copia, la entrega deberá efectuarse de forma presencial, previa identificación del paciente o representante.

A su vez el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/199, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la LGS.

Otro derecho que tienen los usuarios del SNS también recogido en él articula 14 de la LGS, es la facultad de elección de médico en atención primaria del Área de Salud. En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad, asimismo se establece que una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en atención primaria, los usuarios tienen derecho en el marco del Área de salud, a ser atendidos en los servicios hospitalarios.

El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará servicios de referencia, a los que podrán acceder todos los usuarios, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de la CCAA donde residan.

La LGS en su artículo 11, establece que serán **obligaciones** de los ciudadanos con las instituciones sanitarias 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.

- Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la Dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá disponer del alta forzosa en las condiciones reguladas por la ley.

Todas las personas tienen el deber de mantener el respeto debido al personal de los centros sanitarios, servicios y establecimientos tanto en su dignidad personal como profesional, debiendo respetar a los otros pacientes, familiares o acompañantes.

Ante todos estos deberes que tiene todo ciudadano o usuario del SNS, un aspecto en que el usuario-paciente deberá preocuparse y a su vez mantener actualizado son los datos personales: situación de afiliación a la seguridad social (titular, beneficiario, pensionista); domicilio..etc. Esto viene a consecuencia de que al no existir una plena interrelación de datos entre las entidades de la Seguridad Social y los Centros o Instituciones Sanitarias, existe una situación de constante controversia por los diferentes y continuos cambios de datos personales, que dan lugar a multitud de errores administrativos o de comunicación con el paciente e incluso a no poder acceder a determinadas prestaciones.

La población en general da por hecho que teniendo los datos de su situación de afiliación a la Seguridad Social en ella registrados, existen a su vez en las Instituciones Sanitarias de oficio, cuando no es así, realmente en estos tiempos con los avances tecnológicos informáticos debería serlo, pero al no existir esa transmisión de datos en red, todos en general deberíamos comunicar nuestras situaciones o modificaciones personales en los Centros o Instituciones Sanitarias.

En especial en los Centros de Atención Especializada, existen multitud de datos erróneos o no actualizados, e incluso inexistencia de datos personales de pacientes. Una labor para regularizar estas distintas situaciones, en el que se debería poner más énfasis tanto por parte de la Administración Pública, como por parte de los usuarios, que son a su vez los propios interesados.

Solamente particularizar un ejemplo, y que en gran medida esta aumentando, como es el de las separaciones matrimoniales. Existen casos en que ambos cónyuges están domiciliadas todavía en el mismo domicilio: ¿con quién esta de beneficiario el menor?; ¿con el padre o la madre? en caso de tener descendientes; existencia de un número de teléfono del otro cónyuge sin la existencia del que con quién quieres contactar; cónyuge que no quiere exponer o dar el dato de donde habita una vez llegado el momento de la separación por miedo al conocimiento del otro cónyuge; son

diferentes situaciones particulares o personales de este ejemplo, que a los dos cónyuges les produce una situación comprometida, pero que a su vez deberían resolver.

Aquí es donde entra en juego la Ley de Protección de Datos, este ejemplo es uno de los supuestos en el que se nos demuestra que todos esos datos personales, deberán estar regularizados para una importante comunicación Centro Sanitario-Paciente y por supuesto por el interés particular.

5.2 Estrategia y Programa de actuación sanitaria.

En esta regulación de acciones se va de seguir una estrategia que tiene como misión, el impulso a la protección a la salud que contribuya a un mejor estado de bienestar, para lograr unos objetivos que nos llevarán a una reducción de probabilidad de aparición de enfermedades y de sus consecuencias; favorecer la capacitación de la población para mejorar su propio nivel de salud; reducir el riesgo para la salud vinculados al entorno y a sus alimentos y aumentar en conocimiento sobre el estado de salud de la población para mejorar su propio nivel de salud. Todos estos aspectos para desarrollar unos planes de actuación, que permiten la mejora del estado en que podamos desarrollar en plenitud todas las funciones del estado de la vida.

En estas medidas existen unas políticas dirigidas por las Administraciones en su condición de autoridad sanitaria, a su vez por los propios ciudadanos como parte interesada, y por los profesionales cualificados y formados con los recursos necesarios para el análisis de las necesidades y riesgos para la salud, que promueva la cercanía y el contacto continuo en un territorio extenso.

En el caso de nuestra comunidad de Castilla y León, existe un modelo que se ha denominado “R.E.S.C.A.T.E”. Dicho término responde “*liberar un peligro o daño*”, que hace referencia al importante papel de la salud pública en la protección de los riesgos y prevención de los daños para la salud de la población.

R de riesgo; su objetivo es reducir los riesgos para la salud vinculados al entorno y los alimentos, aplicar un sistema de redes y alertas mediante una Red de Laboratorios de Salud Pública y orientar los programas de control sanitario de alimentos potenciando mecanismos de autocontrol, supervisión y de vigilancia sanitaria de las aguas de consumo humano; así como control de riesgos químicos, biológicos y otros contaminantes ambientales.

E de enfermedad; su objetivo es reducir la probabilidad de aparición de enfermedades y sus consecuencias. Este a nuestro juicio puede considerarse cara al ciudadano el más extensible o de mayor conocimiento por su cercanía con el paciente, que se lleva cabo a

través de los centros de atención primaria (Centros de Salud) o a través de los centros de atención especializada (Hospitales). Entre los cuales destacamos los programas existentes como son; vacunación infantil, vacunación adulta, programas prevención de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer colorectal, programas de detención precoz de enfermedades congénitas, programas de detención precoz de la hipoacusia.

S de salud; su objetivo es favorecer la capacitación de la población para mejorar su propio nivel de salud, a través de una mayor visibilidad de la salud pública en la sociedad. Poner en marcha el programa “La Salud en los medios”, para una alimentación diaria equilibrada y saludable; fomento de la actividad física; incentivar la participación comunitaria, así como formación a la población, en hábitos y estilo de vida saludables.

C de conocimiento; su objetivo es el aumento del conocimiento sobre el estado de salud de la población y sus determinantes, mediante sistemas de información con utilidad de salud pública; realizar una encuesta regional de salud; realizar un estudio de alimentación y nutrición; mejorar los sistemas de información epidemiológicos y microbiológicos; potenciar el sistema de información en cáncer; fomentar la investigación en salud pública.

A de autoridad; su objetivo es promover las garantías en la prestación de servicios y actividades relacionadas con la salud de la población. Mediante las actividades de inspección y control de la calidad, seguridad y eficiencia de la atención sanitaria; regulación de requisitos mínimos para la autorización de centros y servicios sanitarios; desarrollar una Ley de Ordenación Farmacéutica; adaptar las herramientas de gestión de protección de la salud a las nuevas tecnologías; así como desarrollar reglamentariamente los mecanismos de control y limitación establecidos en la Ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria.

T de transversal; su objetivo es desarrollar las actuaciones transversales que permitan la mejora en el desempeño de las funciones y servicios de la salud pública, mediante el fomento de alianzas con otros órganos de la administración autónoma, local y del Estado, y con sectores como el agroalimentario y el educativo, asociaciones profesionales, comunitarias, familiares y de pacientes.

E de evaluación; elaborar un listado de indicadores que reflejen la consecución de todas estas estrategias que se corresponda con las intervenciones a realizar.

Importante es el papel de intervención pública de las Administraciones Sanitarias en relación a la salud individual y colectiva para la consecución de objetivos, por el cual tal como especifica el art. 23 de la LGS, se crearán Registros y se elaborarán análisis de información necesarios, para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

Se exigirán autorizaciones sanitarias, así como la obligación de someter a registro por razones sanitarias a las Empresas y productos. Serán establecidas reglamentariamente, siguiendo como base lo dispuesto en la LGS, deberán asimismo, establecerse prohibiciones y requisitos mínimos para el uso y tráfico de los bienes, cuando supongan un riesgo o daño para la salud. Cuando la actividad desarrollada tenga una repercusión excepcional y negativa para la salud de los ciudadanos, las Administraciones Públicas, a través de sus órganos competentes podrán decretar la intervención administrativa pertinente, con el objeto de eliminar aquélla.

La intervención sanitaria no tendrá más objetivo que la eliminación de los riesgos para la salud colectiva y cesará tan pronto como aquellos queden excluidos.

Siempre que exista o sospeche la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias adoptarán las medidas preventivas que estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de Empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.

De este mismo calibre los centros o establecimientos sanitarios cualesquiera que sea su nivel, precisarán autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones respecto de su estructura y régimen inicial y estarán sometidos a la inspección y control por las Administraciones Sanitarias competentes.

VI. Estructura del sistema público sanitario.

El SNS es el conjunto de los Servicios de Salud de las Administraciones del Estado y de los Servicios de Salud de las CCAA, sin una separación de los servicios privados que tienda a un monopolio por parte del sector público⁴. El principal organismo es el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, que desarrolla la política del Gobierno en materia de salud, planificación y asistencia sanitaria, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado, para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud.

El Consejo Interterritorial del SNS, es el órgano permanente de cooperación y comunicación entre los distintos Servicios de Salud y la Administración estatal, para garantizar el derecho a la protección de la salud en todo el territorio. Está integrado por el Ministro de Sanidad que será el Presidente; por un representante de las CCAA que será el Consejero de Sanidad y por igual número de miembros de la Administración del Estado.

A raíz del traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud a las diferentes CCAA, éstas mismas, se han ido dotando de su estructura administrativa y de gestión que integran los distintos centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones y Ayuntamientos.

Según si se ha producido o no la transferencia de las competencias en materia sanitaria a las CCAA que puedan constitucionalmente asumirlas, que así lo hayan previsto en sus correspondientes Estatutos de Autonomía, y que dispongan de los medios materiales y personales para gestionarlas. En este caso, el protagonismo en la organización de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de que se trate queda atribuido a la propia Comunidad, la cual, en uso de su autonomía, estructurará tales servicios creando las entidades gestoras y las instancias sanitarias que considere convenientes. (Alarcón y González, 1991: 221).

Los Servicios de Salud que se creen en las CCAA, se planificarán de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio, el cual, se dividirá en las denominadas demarcaciones geográficas, asimismo elaborarán un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones necesarias para cumplir sus objetivos.

⁴ Fernández Pastrana; 1984:Pág. 29-30)

Las distintas CCAA delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, que son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud en su demarcación territorial, de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios. Se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, culturales y de dotación de vías.

El Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes, ni superior a 250.000 y desarrollará su actividad en el ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada.

El Gerente de Salud de Área será el órgano de gestión de la misma, encargado de la ejecución de las directrices establecidas en los Planes de Salud y de las normas correspondientes a la Administración autonómica y del Estado.

Para conseguir una mayor eficacia en el funcionamiento de los Servicios de Salud, y siguiendo un criterio descendente las Áreas de Salud se subdividen, a su vez, en las denominadas Zonas Básicas de Salud, definidas como el marco territorial de la atención primaria.

Las Zonas Básicas se delimitan en función de las distancias máximas de las agrupaciones de población, las características epidemiológicas, y las instalaciones y recursos sanitarios de la zona. Dentro de cada zona actúan los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria para la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva y a nivel de atención especializada cada Área de Salud dispondrá al menos de un hospital general.

Conviene mencionar que dentro de la estructura de los centros de atención especializada como son los hospitales, que es el establecimiento encargado del internamiento clínico y de asistencia especializada, los pacientes podrán ser derivados a hospitales privados, tal como menciona la LGS en su artículo 67, mediante una red pública de hospitales que englobarán los hospitales privados mediante convenios singulares.

La posibilidad de integración de los hospitales generales del sector privado en el Sistema Nacional de Salud. Lo permite el artículo. 66 siempre que tales centros sean homologados por sus características técnicas, lo justifiquen las necesidades asistenciales, y lo permitan las disponibilidades económicas del sector público. Dicha vinculación se realizará a través de convenio singular que establecerá los derechos y obligaciones recíprocas asegurando, en todo caso, a los usuarios del sistema sanitario, la gratuidad de la asistencia. (Alarcón y González, 1991: 218).

VII. Prestaciones de Asistencia Sanitaria

La coordinación sanitaria entre el Consejo Interterritorial del SNS y los distintos Servicios de Salud, sirve de medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residen. Se pretende que la atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes.

Los ámbitos de colaboración entre las AAPP sanitarias, son las prestaciones del SNS, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información sanitaria y la calidad del sistema sanitario. Estos ámbitos representan para el ciudadano la seguridad de las prestaciones en todo el territorio del Estado.

En el seno del Consejo Interterritorial se acordará la cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del SNS, así como su actualización, que se aprueba por Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, establecido por la Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del SNS y modificado por el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones⁵.

La cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendidos como métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Debe tenerse en cuenta que la existencia de un Catálogo común no impide que cada Servicio Autónomo de Salud tenga el propio, generando desigualdades en la cobertura o provisión del derecho conforme a las opciones seguidas en cada Autogobierno. Entre los muchos ejemplos que pueden citarse, uno de los más sonoros ha sido el relativo a las operaciones de cambio de sexo o tratamiento clínico integral de reasignación de sexo, cubiertas sólo por algunas CCAA – ejemplos: Andalucía (1999), Extremadura (2002), Cataluña (2005), Aragón (2006), Asturias y Madrid (2007)-. Más recientemente, el problema se ha suscitado respecto a la llamada <<píldora del día después>> -para algunos <<píldora abortiva>>, aunque realmente no lo es pues no sirve si ya se ha implantado el cigoto en el útero-. Este medicamento sólo es dispensado hasta hoy por hospitales y centros de planificación familiar de ocho CCAA, y no se prevé su inclusión como medicamento financiado por el SNS con carácter general, sino que se venderá en farmacias, sin receta médica y a cargo del usuario. (Vida, et lat ;2011:508).

⁵ Freire; 1995: pág. 13, nos da una definición sobre prestaciones.

El art. 7.1 de la Ley 16/2003 hace referencia a las prestaciones de asistencia sanitaria que se integran en él catálogo⁶ anteriormente mencionado, al que podrá acceder cualquier titular del derecho, a su vez:

Existirá una cartera común suplementaria, que incluirá todas aquellas prestaciones que se otorguen a través de dispensación ambulatoria y que están sujetas a aportación del usuario (no es totalmente gratuita) e incluirá la prestación farmacéutica, la ortoprotésica y los productos dietéticos, así como el transporte sanitario no urgente sujeto a prescripción facultativa. En estas prestaciones el porcentaje de aportación del usuario se regirá por la regulación de la prestación farmacéutica, a la que nos referiremos posteriormente. (Gorelli, et al; 2013: 171).

Prestaciones de salud pública.

La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las AAPP para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas y sociales.

En el ámbito de Castilla y León existe una gran variedad de programas existentes citados anteriormente en el Plan R.E.S.C.A.T.E., que se engloban en salud infantil; salud de la mujer; salud joven; salud de los mayores; y salud del viajero.

-Salud infantil: conlleva todo el proceso del calendario de vacunaciones al niño sano: meningitis, hepatitis, tétanos, sarampión, rubéola, parotiditis, virus del papiloma humano, etc.

Existen a su vez diversos programas como son: la detección precoz de enfermedades congénitas como es la prueba del talón; la detección precoz de la hipoacusia infantil (sordera).

A su vez existe el programa “salud en la escuela” que pretende potenciar la promoción de estilos de vida saludable como son: la salud bucodental; hábitos alimentarios saludables; actividad física y la pediculosis (afectación de piojos).

-Salud de la mujer: enfocados principalmente a la prevención y detección precoz de cáncer de cuello útero en mujeres de 25 a 64 años y de cáncer de mama en mujeres entre 49 y 65 años. Se desarrollara la captación, seguimiento del embarazo, la preparación al parto, revisiones postparto y la educación sanitaria a las madres.

⁶ Pretensión de vincular al estado para que garantice un catálogo de prestaciones. (Muñoz Machado;1995:14)

-Salud joven: Implantación de programas sobre sexualidad; anorexia y bulimia; tabaco alcohol y otras drogas; ejercicio físico.

-Salud de los mayores: Vacunación en adultos (gripe, antitetánica, neumococo), fomento de la actividad física, y métodos alimenticios saludables. También existe la atención a enfermos crónicos que desarrollaremos en el apartado de las prestaciones sociosanitarias.

-Salud del viajero: Recomendaciones y vacunaciones para viajes internacionales; asistencia sanitaria en desplazamientos en el extranjero; información sobre Tarjeta Sanitaria Europea.

Prestación de atención sociosanitaria.

La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. La continuidad de esta asistencia será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de una adecuada coordinación de las administraciones públicas correspondientes.

En general, serán objeto de particular atención y asistencia sanitaria los enfermos en procesos crónicos, al tiempo que se reclama la atención sobre los problemas específicos de cualquier grupo de riesgo, que incorpora a grupos tales como las prostitutas, drogadictos, portadores del VIH.. Una vez más, la actualización de esta Cartera de Servicios requiere un desarrollo reglamentario específico, sin perjuicio de los programas ya emprendidos por los diferentes centros, en cuanto no hay una previsión expresa. (Vida, et al; 2011: 510).

En este primer contacto se realizará una evaluación inicial e inmediata de los pacientes ara determinar los riesgos para su salud, y su vida, y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen.....

En caso que se produzca la derivación a un centro sanitario, o bien que el paciente acuda al mismo, o bien, que se precise una actuación in situ, la atención incluirá la realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria. También incluirá, la monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera. (Monereo, Molina, Moreno; 2007: 262).

Productos dietéticos

La prestación de productos dietéticos la requieren los pacientes que necesitan la dispensación de tratamientos dietoterápicos por padecer determinados trastornos metabólicos congénitos.

Esta prestación comprende los tratamientos dietoterapéuticos indicados por el médico especialista correspondiente para quienes padezcan determinados trastornos metabólicos de hidratos de carbono, como son la intolerancia hereditaria a la galactosa y/o galactosemia y situaciones transitorias de intolerancia a la lactosa en el lactante, o bien aminoácidos. Asimismo, incluye la nutrición enteral domiciliaria para pacientes en los que no resulta posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario. (Vida, et al; 2011: 526).

La nutrición enteral domiciliaria comprende la administración de fórmulas por vía digestiva, habitualmente mediante sonda (ya sea nasoénterica o de ostomía), con el fin de evitar o corregir la desnutrición de los pacientes atendidos en su domicilio cuyas necesidades nutricionales no pueden ser cubiertas con alimentos de consumo ordinario; y las fórmulas enterales son aquellos alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales constituidos por una mezcla definida de macro y micronutrientes. (Blasco, López y Morparlet; 2008: 52).

Estos productos dietéticos destinados a usos médicos especiales, se encuentran inscritos en el Registro General Sanitario de Alimentos y serán financiados por el Sistema Nacional de Salud. Para que sean financiados se precisará el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Que las necesidades nutricionales del paciente no puedan cubrirse con alimento de uso ordinario.
- La administración de estos productos permita una mejora de calidad de vida del paciente.
- La indicación debe basarse en criterios sanitarios y no sociales.
- Los beneficios superen a los riesgos, y ese tratamiento se valore periódicamente.

Un ejemplo tipo estándar de esta prestación, es el paciente al que se le ha realizado una laringectomía total y en el post-operatorio ha presentado como complicación una fístula laringo-cutánea.

A este tipo de pacientes se les prohíbe comer por vía natural y para poderles alimentarles durante el tiempo (puede ser hasta 2 meses), hasta que dicha fístula se cierre, es preciso hacerlo a través de una sonda nasogástrica.

Transporte Sanitario

El transporte sanitario consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas y a su vez debe ser accesible a las personas con discapacidad. Puede ser terrestre, aéreo y marítimo.

Se llevará a cabo por el medio más idóneo en razón de la necesidad y oportunidad, en los casos en que exista una situación, que a los enfermos les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, y siempre que reciban la asistencia sanitaria en centros propios o concertados del Sistema Nacional de Salud, pudiendo ir acompañados cuando la edad o la situación clínica lo requiera. A su vez deben concurrir algunas de las circunstancias médicas siguientes:

- una situación de urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud del interesado y así lo ordene el Facultativo correspondiente;

- imposibilidad física del interesado u otras causas, a juicio del Facultativo, que le impidan o incapaciten para la utilización del transporte ordinario, para trasladarse a un centro sanitario o a su propio domicilio tras recibir la atención sanitaria.

Los medios de transporte sanitarios principalmente son los terrestres, como son las ambulancias convencionales (no asistidas) que implican el traslado en camilla sin capacidad de asistencia; las ambulancias asistenciales asistidas por Médico y ATS que tienen como misión la asistencia sanitaria en ruta ó U.V.I. móvil; y el transporte sanitario Colectivo que realiza la labor del transporte mediante ambulancias convencionales, a enfermos cuyas patologías les impidan desplazarse en medios ordinarios, con tratamientos periódicos (rehabilitación, quimioterapia, hemodiálisis..).

Toda autorización de ambulancia estará determinada por orden facultativa, que indicará las causas que motiva su uso, datos del paciente, domicilio, origen y destino.

Las solicitudes de transporte sanitario se efectuarán:

- Si es traslado urgente, a través del servicio 112, médico coordinador de Urgencia y Emergencias o del Centro de Salud que corresponda.

- Si es un traslado programado: a través del médico responsable de la asistencia, siendo los traslados más frecuentes:

- paciente que se desplaza desde su domicilio a un centro sanitario (consultas externas, realización de tratamiento o prueba diagnóstica), requiriendo una orden del médico de AP o de AE

- alta hospitalaria; solicitud por parte del servicio donde se encuentre ingresado.

El desplazamiento en ambulancia a un centro sanitario situado en una provincia distinta de la de la residencia del paciente, se efectuará cuando dicho desplazamiento se precisa bien para completar el estudio clínico del paciente o cuando sea necesario realizar un tratamiento que no se encuentre disponible en la provincia origen del paciente y se haya indicado por el facultativo responsable de la asistencia al paciente.

En el caso de que se utilizasen medios de transporte distintos a los descritos o sin las autorizaciones indicadas, el usuario puede recurrir a solicitar unas determinadas ayudas por desplazamiento.

Estas ayudas que a continuación detallamos, reguladas en el caso de Castilla y León por Orden SAN/1622/2003 de 5 de noviembre y modificada por la reciente Orden SAN/213/2013 de 15 de marzo, son ayudas compensatorias por gastos de desplazamiento, manutención y alojamiento para el paciente y en su caso el acompañante, que se haya desplazado con fines asistenciales a un centro sanitario ubicado localidad diferente a la de su residencia, y utilicen un transporte no sanitario como puede ser el tren, autobús o vehículo propio.

La cuantía es el resultado de multiplicar el número de kilómetros de trayecto de ida y vuelta, por 0.07 Euros, con la premisa de que ese importe debe superar los 25 euros para poder ser reconocida esa ayuda. Sobre la cantidad obtenida, se aplicarán los porcentajes de ayuda que correspondan a cada tipo de usuario, referido al paciente, según su nivel de renta, tal como se consigna en la casilla de base liquidable del impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, según lo dispuesto a continuación:

- a) Un 50 por ciento del importe, para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.
- b) Un 60 por ciento del importe para las personas que ostentan la condición de activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en el apartado a) o el d).
- c) Un 90 por ciento del importe, para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado d).
- d) No percibirán ayuda los asegurados y sus beneficiarios con rentas iguales o superiores a 100.000 euros.

Oxigenoterapia y otras técnicas de terapia respiratoria a domicilio.

El objetivo de esta prestación es el mantenimiento de un correcto estado ventilatorio de los pacientes, mejorar su calidad de vida, favorecer su integración social y disminuir las estancias hospitalarias.

Se llevará a cabo por centros especializados con capacidad para realizar espirometrías y gasometrías, que las prescribirá el Neumólogo o en caso de no existir éste, por el médico Internista. Se ofrecerá a pacientes que por su patología precisen algunas de las siguientes prescripciones: oxigenoterapia; tratamiento ventilatorio del síndrome de la apnea del sueño; aerosolterapia; pulximometría; ventilación mecánica.

Se nos hace curioso y de mención el caso de un paciente varón de 42 años, que precisa de esta prestación más concretamente por un tratamiento ventilatorio de la apnea del sueño, el cuál nos subrayaba que en estos tiempos de crisis y negativa estabilidad económica, el ciudadano en sí, valorase o diese más importancia a una ayuda o prestación económica, que a una prestación de tipo como ésta, más relevante para la calidad de vida de un ser humano.

Respecto a esta anécdota, su planteamiento a nuestro parecer esta bien enfocado, realmente la sociedad asocia las prestaciones a obtener un mayor beneficio económico, posicionando en lugar inferior, otro tipo de prestación que no sea económica, pero que pueda generar grandes beneficios para la persona.

Prestaciones ortoprotésicas

La 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. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

La prestación ortoprotésica incluye los siguientes tipos de productos:

- Implantes quirúrgicos.
- Protesis externas.
- Sillas de ruedas.
- Ortesis.
- Ortoprótisis especiales.

A) *Implantes quirúrgicos*

Se considera implante quirúrgico el producto sanitario diseñado para ser implantado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica y destinado a permanecer allí después de la intervención. Se implantarán con finalidad terapéutica sustituyendo total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica que presenta algún defecto o anomalía, o bien con finalidad diagnóstica.

Se clasificaran en:

Implantes quirúrgicos terapéuticos: cardíacos; vasculares; digestivos; neurológicos; oftalmológicos; osteoarticulares; otorrino-laringólogos y del aparato respiratorio; reparadores; genitourinarios; y dispositivos implantables para la administración de fármacos.

En el marco de todos estos tipos de implantes todos son de importancia suprema para cualquier paciente, pero queremos reseñar los Implantes Cocleares en el campo de la Otorrinolaringología. Es un tipo de implante que consiste en la adaptación de un microprocesador en el oído interno que estimula el nervio auditivo, y otro procesador o batería en el oído externo, los cuales a través de una guía de electrodos genera una señal acústica o eléctrica, para que el paciente pueda obtener una mejoría de audición que le permita una calidad de vida más importante y no de lugar a un posible aislamiento que se produce en este tipo de pacientes.

Implantes quirúrgicos diagnósticos: holters implantables

B) *Prótesis externas.*

La prótesis externa es el producto sanitario que requiere una elaboración y/o adaptación individualizada y que, dirigido a sustituir total o parcialmente un órgano o una estructura corporal o su función, no precisa de implantación quirúrgica al paciente.

Son prótesis externas:

- Prótesis de miembro superior, salvo las prótesis de miembro superior microeléctricas, salvo en el caso de amputación bilateral del miembro superior.
- Prótesis de miembro inferior.
- Ortoprotésis para agenesias.
- Prótesis distintas a las prótesis de miembros.
- Ayudas para la audición a pacientes hipoacúsicos, de 0 a 16 años, afectados por hipacusia bilateral neurosensorial, transmisiva o mixta permanente, no susceptible de otros tratamientos, con una pérdida de audición superior a 40 dB en el mejor de los oídos. (Blasco, López y Momparlet; 2008: 47)

C) Sillas de ruedas.

Se considerará silla de ruedas el vehículo individual para favorecer el traslado de personas que han perdido, de forma permanente, total o parcialmente, la capacidad de deambulación y que sea adecuado a su grado de discapacidad.

Se incluyen en esta prestación, las sillas de ruedas manuales y los accesorios para ellas mismas.

No se consideran incluidas:

- Las sillas de ruedas manuales con ruedas grandes delanteras maniobradas por los dos brazos.

- Las sillas de ruedas propulsadas con el pie.

- Las sillas de ruedas de fibra de carbono y/o titanio.

- Las sillas de ruedas con motor, con excepción de las sillas de ruedas con motor eléctrico y dirección eléctrica para pacientes con limitaciones funcionales graves del aparato locomotor por enfermedad, malformación o accidente que cumplan todos y cada uno de los requisitos siguientes:

 - *Incapacidad permanente para la marcha independiente.

 - *Incapacidad funcional permanente para la propulsión de sillas de ruedas manuales con las extremidades superiores.

 - *Suficiente capacidad visual, mental y de control que les permita el manejo de sillas de ruedas eléctricas y ello no suponga un riesgo añadido para su integridad y la de otras personas. (Blasco, López y Momparlet; 2008: 48)

D) Ortesis

La ortesis es el producto sanitario de uso externo, no implantable, que, adaptado individualmente al paciente, se destina a modificar las condiciones estructurales y funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto.

Se consideran ortesis; ortesis de columna vertebral, con excepción de las fajas preventivas; ortesis de miembro superior; ortesis de miembro inferior, salvo las ortesis de pie y las rodilleras tejido elástico sin flejes.

E) Ortoprótisis especiales.

Se considera ortoprotésis especial no implantable que sustituye una estructura corporal o su función, o facilita la deambulación sin que pueda considerarse cualquiera de los productos anteriores.

Son ortoprótesis especiales; ayudas para caminar manejadas por un brazo; ayudas para caminar manejadas por los dos brazos; ayudas para terapia circulatoria; ayudas para la prevención de las úlceras por presión; y los equipamientos para el entrenamiento del movimiento, la fuerza y el equilibrio para pacientes lesionados medulares, parálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico, mielomenigocele, distrofias musculares progresivas y enfermedades neurodegenerativas.

Exclusiones de la prestación ortoprotésica.

Todos los pacientes que precisen alguna de las prestaciones anteriormente definidas podrán solicitar este tipo de ayudas, siempre que el producto se encuentre en el Catálogo General de Material Ortoprotésico vigente en cualquier Servicio de Salud, que la prescripción haya sido realizada por el médico de atención especializada del Sistema Nacional de Salud, especialista en la materia correspondiente a la clínica que se justifique, y que el producto se encuentre contenido en el citado Catálogo.

Van a quedar *excluidos de la prestación ortoprotésica*:

- Los artículos ortoprotésicos destinados a uso deportivo.
- Los artículos ortoprotésicos utilizados con finalidad estética.
- Los artículos ortoprotésicos de los que se realice publicidad dirigida al público en general.

Además la jurisdicción social ha considerado también excluidas:

-Las prótesis dentarias, oculares y auditivas, gafas o audífonos, pues son prestaciones especiales y no ortoprotésicas, pues su función no es la de reparar artificialmente o sustituir total o parcialmente la falta de un órgano o de un miembro, sino la de reforzar la agudeza del órgano de que se trate.

-Las botas ortopédicas y, en general, el calzado ortopédico, al ser considerado material ortoprotésico cuya función no es la suplencia de la falta de un órgano sino la corrección de sus deformidades, y aunque pueda facilitar la deambulación.

-El suministro de grúa hidráulica para facilitar los desplazamientos de inválidos en el interior de las viviendas, de una cama articulada, un colchón de aire o antiescaras y protectores laterales, o de un escalámovil con el fin de poder subir y bajar las escaleras, al no ser prótesis quirúrgicas fijas ni ortopédicas.

Prestación de atención primaria.

La atención primaria en adelante AP, 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. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, recuperación, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Se pormenoriza mucho más la cartera de atención primaria, incluyendo los siguientes aspectos:

- a) Mayor descripción de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos accesibles desde Atención Primaria.
- b) Descripción más detallada de las actividades de prevención y promoción de la salud e incluso de la atención familiar y comunitaria).
- c) Descripción más detallada de fisioterapia, los servicios de atención a la mujer y al niño, y la inclusión de los adolescentes. Además se detalla mucho más la atención a los enfermos crónicos, la atención domiciliaria y la atención a las personas mayores.
- d) Se incluyen programas de deshabituación tabáquica (excepto tratamiento farmacológico).
- e) Se amplía la atención paliativa a terminales y la atención a la salud mental.
- f) Se describen de forma más detallada los servicios incluidos dentro de la atención a la salud bucodental, recogiendo además los medios para la atención bucodental a los discapacitados. (Monedero, “et al”; 2008; 459)

La AP comprenderá los siguientes tipos de asistencia:

1.- La atención sanitaria a demanda, programada, y urgente tanto en la consulta como en el domicilio.

Se realizara a iniciativa del paciente a través del programa de cita previa, mediante petición personal, telefónica, o vía internet; a iniciativa del médico sanitario mediante consulta programada; o por motivos urgentes, mediante consulta de urgencia. Esta asistencia se ejecutará en los centros sanitarios, ya sean centros de salud o consultorios locales, así como cuando las circunstancias lo requieran en el domicilio del paciente.

Normalmente el paciente solicita la cita previa para el mismo día, cosa que con el gran volumen de demanda existente es bastante complicado o diríamos imposible, consiguiendo una cita para dentro de tres o cuatro días, sobre todo en zonas geográficas de una importante demanda sanitaria como son las zonas de salud de las capitales, cosa que no ocurre en las zonas rurales.

Por todas partes, tanto la Administración a través de un mayor apoyo de personal sanitario, como por los pacientes que en numerosas ocasiones innecesariamente hacen uso abusivo de las consultas, se debería lograr un mayor equilibrio para una citación con el menor número de días de espera.

2.-La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Tendrán la consideración de procedimientos básicos de diagnósticos: la anamnesis y exploración física; obtención de analíticas y muestras biológicas; exploraciones cardiovasculares; exploraciones visuales; exploraciones otorrinolaringológicas.

Respecto a los procedimientos terapéuticos cabe incluir: indicación, prescripción y seguimiento de los tratamientos farmacológicos adaptados a los condicionamientos del paciente; curas; suturas; tratamiento de úlceras cutáneas; infiltraciones; extracción de tapones auditivos; cuidados de estomas digestivos, urinarios y traqueales; sondajes vesicales y nasogástricos; etc..

A este nivel es un avance que se ha relevado de la AE a la atención especializada (en adelante AE), que se caracteriza por el bajo riesgo de hemorragia, la utilización de anestesia local, que no se requieran cuidados postoperatorios y que los pacientes no precisen su ingreso, aunque realmente el paciente sigue acudiendo o prefiriendo que en estos ejemplos expuestos, sigan siendo realizados en la atención especializada, con lo que genera un mayor aumento en las listas de espera en dicha AE.

3.- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

Se refiere a las distintas actuaciones tal como su título indica a la prevención y promoción, dirigidas al ámbito comunitario dentro del marco geográfico. Se imparten en el centro de salud, domiciliario o comunitario (colegios, asociaciones..).

La característica es potenciar hábitos o actitudes que nos conducen a una vida saludable, para evitar factor de riesgo de problemas de salud y así evitar enfermedades.

4.- Las actividades de información y vigilancia en la protección a la salud.

Principalmente a la necesidad de obtención de datos a nivel epidemiológico, mediante un sistema de alertas y una red de médicos centinelas para la vigilancia de ciertos problemas de salud, que nos conlleve a evaluar las necesidades sanitarias de la comunidad. Una vía obligatoria se realiza semanalmente a través de un documento existente denominado EDO (Enfermedad de Declaración Obligatoria), que realiza un médico de familia o denominado médico centinela, el cual deberá tener constancia e

informar al organismo competente que será el Servicio Territorial de Sanidad, de las distintas enfermedades de declaración obligatorias detectadas.

5.- La rehabilitación básica.

Se dispensará sobre tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos o de recuperación musculoesqueléticos; trastornos neurológicos y fisioterapia respiratoria. La prestación se somete a la previa indicación médica y el programa de cada servicio de salud.

6.- Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

Son actuaciones sanitarias en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación sanitaria y que tienen como destinatarios estos grupos especiales, ya sea por edad, por sexo o por riesgo y que en el apartado de prestaciones de salud pública ya mencionamos.

Las Administraciones Sanitarias cada vez están poniendo más empeño en el grupo de los adolescentes, por la situación social actual existente.

Las actuaciones se dirigen, de manera fundamental, a cubrir aspectos preventivos y educativos, con especial atención a los problemas a que los jóvenes se encuentran en la sociedad actual. Desde el punto de vista de la prevención, se ofrecen servicios de anamnesis y consejos sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso del tabaco, alcohol, sustancias adictivas, incluyendo la prevención de accidentes. Más enfocado al aspecto educacional, se establecerán servicios de valoración y consejo en relación a la conducta alimentaria y a la imagen corporal. Igualmente, se arbitrarán actuaciones de promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. (Monereo, Molina y Moreno;2007:250).

De igual forma las Administraciones Sanitarias potenciaron la atención a la mujer desde el prisma preventivo en la detección de los distintos tipos de cánceres femeninos y a su vez desde el prisma educacional se ofrecen distintas actuaciones a la indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo. De conocimiento actual es el anteproyecto de la Ley del Aborto, cuestión ésta complicada de legislar, habrá que tomar una serie de medidas por parte del legislador que impliquen la posibilidad o no, de dar vida al ser humano, jamás en la obligación de darle la vida.

Existe claro esta en la vida actual diferentes métodos de anticoncepción que deberían utilizarse, pero una vez concebido, independientemente de que sea una vida sana o no, la cuestión moral, psíquica, familiar es el aspecto que sobresale sobre esa persona que concebida al ser humano, su decisión será personal y propia.

7.- La atención paliativa a enfermos terminales.

Se concreta en la actuación a pacientes que no pueden recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada a un máximo de seis meses y no confundir con la prestación a enfermos crónicos en el ámbito de la prestación sociosanitaria.

La atención a estos usuarios se fragua en la valoración integral de las necesidades del paciente, establecimiento de un plan de cuidados, medidas preventivas, recomendaciones higiénico-dietéticas y cuidados generales. Acciones meramente humanas con objeto de garantizar una muerte digna.

8.-La atención a la salud mental en coordinación con los servicios de AP.

Se ofrecerá al paciente actividades de prevención, promoción, consejo y apoyo, para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas de la vida. Fundamental será la detección de conductas adictivas, trastornos del comportamiento, ansiedad, depresiones, trastornos mentales, para su derivación a los centros de AE en caso de no superar la capacidad de resolución en los centros de AP.

En esta tesitura actual de nuestra sociedad nos encontramos que este tipo de trastornos mentales, se han incrementado paulatinamente por las circunstancias sociales existente de la falta de trabajo, economía que genera una sociedad altamente crispada, conlleva a multitud de problemas mentales y psicológicos.

9.- La atención a la salud bucodental.

Incluirá actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas como los procesos agudos odontológicos como son los procesos infecciosos y/o inflamatorios, heridas, lesiones en la mucosa oral. Incluye el consejo bucodental, así como exodoncias, revisiones para la detección precoz de lesiones premalignas.

Asimismo actividades de promoción y educación, como son las acciones de adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.

En el ámbito preventivo se establecen programas a la población infantil y se presta especial interés a las personas con discapacidad, a las cuales por su propia situación no son capaces de mantener el necesario autocontrol que permite una adecuada atención a la salud bucodental.

Prestación de atención especializada

La AE comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza sea que se realicen en un centro hospitalario. Garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de AP.

La AE comprenderá:

1.- AE en consultas.

Nos referimos a lo que regularmente se denominan consultas externas que contempla indicación y realización de exámenes; procedimientos diagnósticos; indicación y seguimientos de tratamientos terapéuticos; administración de medicación; nutrición parenteral o enteral; curas; y otros productos sanitarios que sean precisos, así como la indicación de ortoprotésis de acuerdo con el catálogo de prestaciones ortoprotésicas.

2.- AE en hospital de día, médico y quirúrgico.

Esta asistencia va destinada a pacientes que requieren cuidados especiales continuados, y que no requieren que pernocten en el hospital, entre ellos cabe destacar: la cirugía mayor ambulatoria; los tratamientos quimioterápicos a pacientes oncológicos; transfusiones; reanimación postquirúrgica y procedimientos invasivos; diálisis; medicación; gases medicinales; tratamientos de rehabilitación; así como diversos procedimientos diagnósticos no incluidos en la asistencia especializada en consultas.

3.- Hospitalización régimen de internamiento.

Sometidos a la necesidad previsible del paciente de cuidados especiales y continuados, no susceptibles de forma ambulatoria o a domicilio, condicionado por la decisión del facultativo especialista o a través de los servicios de urgencia. Se engloba en dos apartados

3.1 Asistencia médica: indicación de exámenes; indicación y seguimiento de tratamientos; pruebas diagnósticas; cuidados constantes de enfermería; cuidados intensivos o de reanimación; rehabilitación y finalmente la información al alta con las instrucciones para el correcto seguimiento de su tratamiento respecto a la enfermedad.

3.2 Asistencia quirúrgica: intervenciones quirúrgicas que necesite el paciente, independientemente de que su necesidad venga causada o no, por el motivo del internamiento.

4.- Apoyo a la AP en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio.

Se refiere a la garantizar la continuidad en la atención prestada tras el alta hospitalaria, mediante una coordinación entre la atención especializada y la atención primaria conforme a una serie de actividades diagnósticas y terapéuticas.

Una vez el paciente recibida el alta hospitalaria, el paciente recibirá mediante documento denominado igualmente “alta voluntaria”, las instrucciones de seguimiento de su proceso vago la vigilancia de su médico de familia,

5.- Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Comprende dentro de cada servicio hospitalario los distintos servicios de especialidades, para hacer frente a la variedad patológica a la que se enfrente el paciente, además de las distintas técnicas o procedimientos de diagnóstico que puedan detectar o evaluar esa posible enfermedad mediante diagnóstico por imagen, radiología, laboratorio...etc.

6.- Atención paliativa a enfermos terminales.

Igualmente que en la AP la principal función, es la mejora de la calidad de vida mediante unos cuidados paliativos que garantice una muerte digna.

7.- Atención a la salud mental

Al igual que en la AP se ofrecerá al paciente actividades de prevención, promoción, consejo y apoyo, para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas de la vida, todas ellas comprendiendo un tratamiento ambulatorio y de hospitalización cuando se precise, incluido el esfuerzo de las conductas saludables y las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día.

8.- Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La finalidad es logra que el paciente vuelva a la situación anterior a la de presentar un determinado déficit. Para ello, los sistemas sanitarios competentes se apoyarán en procedimientos que diagnostiquen, evalúen, prevengan y traten a esos sujetos.

El tratamiento para esa recuperación del déficit, se extiende a la fisioterapia, terapia ocupacional, logopeda que tenga relación con un proceso patológico sobre todo en afecciones del sistema nervioso, cardiovascular, respiratorio y musculoesquelético.

Prestación de urgencia.

La 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 atención médica y de enfermería.

No se debe confundir el tiempo de espera de una urgencia con la enfermedad clínica. La urgencia es diagnóstica por el médico quién valora el momento en que se debe de atender esa urgencia. Debemos constar que acudir a una urgencia, no significa que se vaya a atender al paciente rápidamente, lo que prima es el tipo y valoración clínica de la enfermedad del paciente.

En este primer contacto se realizará una evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud, y su vida, y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen....

En caso que se produzca la derivación a un centro sanitario, o bien que el paciente acuda al mismo, o bien, que se precise una actuación in situ, la atención incluirá la realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria. También incluirá, la monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera. (Monereo, Molina y Moreno; 2007: 262).

Prestación Farmacéutica.

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos, productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada y a sus necesidades clínicas, en las dosis precisa según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad⁷.

Forma parte de la asistencia sanitaria la prestación farmacéutica; es decir, la dispensación de medicamentos, especialidades farmacéuticas o fórmulas magistrales con propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias (art. 8 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitario). La prestación consiste en al financiación pública de los medicamentos, si bien no todos los productos farmacéuticos están incluidos en dicha financiación, ni se financia la totalidad del coste de los mismos, de modo que el beneficiario debe asumir parte del coste. (Gorelli, et al; 2013: 174).

⁷ Interpretación de reducción de gasto farmacéutico. (Lopez-Casasnovas; 2008;pág 53)

En materia de financiación de los medicamentos tiene especial importancia la fijación de precios de referencia. Corresponde al Gobierno establecer el procedimiento para la fijación del precio de cada uno de los medicamentos financiados por el SNS. Además se establecerá un precio de referencia, que es la cuantía máxima que financia el SNS en cada uno de los conjuntos de medicamentos que tengan el mismo principio activo, e idéntica vía de administración, y siempre se prescriban y dispensen con cargo a los fondos públicos (art. 93 de la Ley 29/2006). (Gorelli; et al; 2013: 175).

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios ha sido modificada por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que ha dado lugar a un incremento en la participación del coste de los medicamentos a los usuarios.

Existen diversos supuestos de gratuidad en la prestación, como son los tratamientos realizados en Instituciones Sanitarias propias o concertadas con la Seguridad Social; tratamientos causados por una enfermedad profesional o accidente de trabajo; así como las siguientes situaciones:

- Afectados por el síndrome tóxico y personas con discapacidad salvo en los supuestos que los discapacitados figuren como beneficiarios del sistema de seguridad social en su condición de familiares del asegurado no pensionista.
- Perceptores de renta garantizada de la ciudadanía.
- Perceptores de pensiones no contributivas.
- Desempleados que han agotado el subsidio por desempleo.

El Real Decreto Ley 16/2012 incorpora modificaciones en la aportación del usuario en la prestación farmacéutica, estableciendo diferentes tramos de aportación fundamentalmente en función del nivel de renta diferenciando por la situación del paciente (activo o pensionista), que se han aplicado a partir del 1 de julio de 2012.

El facultativo prescribirá la receta en la cual, mediante un código de barras llevara impreso el tipo de usuario y la aportación correspondiente. Existen 5 tipos de usuarios: TSI001 (exentos de aportación: 0%), TSI002 (10%), TSI003 (40%), TSI004 (50%), TSI005 (60%). Existe otro tipo de usuario TSI 006 que corresponde a los mutualistas (Muface, Mugeju, e Isfas), usuarios que pueden tener asistencia sanitaria, pero **no** prestación farmacéutica al poseer estos sus propios talonarios de recetas.

A continuación mostramos un cuadro en la que se recogen las distintas situaciones para pacientes activos y pensionistas. En cada situación se indica el % de aportación hasta el 1 de julio del 2012 y el que se aplica a partir de dicha fecha. Además se muestra la codificación del tipo de aportación que se muestra en la receta de cada paciente.

Tipo	Situación	% aportación hasta junio-2012	% aportación a partir de 1 julio 2012	Código de tipo de aportación.
Activos	-Desempleados que han agotado el subsidio por desempleo. -Ingresos de renta garantizada de la ciudadanía	40%	0%	TSI001
	Renta <18.000 Σ/año	40%	40%	TSI003
	Renta > 18.000 e <100.000 Σ/año	40%	50%	TSI004
	Renta >100.000 Σ/año	40%	50%	TSI005
	-Síndrome Tóxico, Discapacidad*, - Accidente Trabajo	0%	0%	TSI001
Pensionistas	Pensiones No contributivas. Síndrome Tóxico Discapacidad*	0%	0%	TSI001
	Renta <18.000 Σ/año	0%	10% hasta un máximo de 8Σ/mes	TSI002
	Renta > 18.000 e <100.000 Σ/año	0%	10% hasta un máximo de 18Σ/mes	TSI002
	Renta >100.000 Σ/año	0%	60% hasta un máximo de 60Σ/mes	TSI005

*supuestos contemplados en la normativa vigente, anteriormente reseñados.

En este cuadro no hemos incluido el tipo de usuario TSI006 que corresponde a los mutualistas, los cuales tienen sus propios talonarios de recetas que afrontan un copago del 30%, con independencia de que estén en activo o no, y por tanto no se les pueden expedir recetas en las instituciones sanitarias públicas.

Existen a su vez un conjunto de medicamentos excluidos de la financiación pública, tal como expone el art. 89.2 de la Ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento, tales como son los que no se utilicen para una patología determinada, productos cosméticos, aguas minerales, elixires, dentríficos. Asimismo no se financiarán medicamentos destinados a síndromes menores, suplementos alimenticios, anabolizantes, ni aquellos que no respondan a las necesidades terapéuticas actuales.

VIII. Conclusiones

Desde el prisma como derecho básico y como uno de los principios rectores de la política social y económica protegido por nuestra CE, el derecho a la protección de la salud, lo que comúnmente denominamos derecho a la asistencia sanitaria, enmarcada en un Sistema Público Sanitario con cobertura universal y de carácter gratuito, nos hace considerar o estudiar si realmente ese carácter anteriormente expresado perdura con el transcurso del tiempo.

Nuestro Sistema Público a través de las recientes reformas está adoptando medidas importantes, y a su vez drásticas que están dando un giro a la situación que hasta ahora se estaba produciendo. Estas actuaciones públicas están dirigidas a la disminución del gasto público por un lado, y por otro lado, se crean medidas para evitar el consumo desmesurado o abuso de las distintas prestaciones sanitarias, que están suponiendo un cambio sustancial en las normas relativas al acceso a la asistencia sanitaria de los ciudadanos.

Ese cambio lo estamos viendo desde varios puntos de vista; uno de ellos en la asistencia a los extranjeros que no se encuentran en situación regular, los cuales perderán el derecho a la asistencia sanitaria, garantizándose en determinados supuestos. Desde los servicios sanitarios con el fin de evitar un incremento de la demanda en los servicios de urgencia, reducir riesgos en el ámbito de la salud pública y paliar situaciones de patología grave con riesgo vital, se les sigue proporcionando las prestaciones en igualdad de condiciones que a otro ciudadano.

El otro aspecto es el referido a esas medidas de sostenibilidad en lo relativo a lo que llamamos el copago sanitario. Se han añadido distintas aportaciones a los ciudadanos para determinadas prestaciones sanitarias que antes tenían un carácter totalmente gratuito sin coste alguno para el ciudadano.

Al ya existente copago farmacéutico, se ha añadido una reestructuración en cuanto a los distintos tipos de usuarios para incrementar esa cuota por el medicamento. Como novedad se ha incluido el pago a pacientes denominados especiales, que por su situación diagnóstica no se les puede expedir el medicamento en cualquier farmacia, sino proporcionárselo en el servicio de farmacia de los hospitales públicos, así como se exige el pago por el transporte no urgente a los pacientes que necesitan el traslado a centros hospitalarios para sus distintas terapias.

Las distintas CCAA que tienen asumidas las competencias en materia sanitaria aún no han empezado a ejecutar las novedades en cuanto a los copagos, salvo en el incremento del copago farmacéutico al anteriormente existente. Se oponen a esta serie de reformas por su difícil implantación logística y perjuicio para los pacientes.

Esta circunstancia evidencia una falta de coordinación y de consenso entre el ejecutivo y las CCAA, sin asumir éstas lo aprobado por el Gobierno. Se demuestra la falta de criterio entre las distintas administraciones, la Administración del Estado con la Administración de las CCAA, para ponerse de acuerdo en medidas de interés general para la ciudadanía. Si las propias Administraciones Públicas no equilibran sus medidas para garantizar nuestro Sistema Sanitario de Salud, no pueden pedir al ciudadano el esfuerzo de asumirlo con confianza y comprensión.

El Sistema Público de Salud como ejecutor del derecho a la Salud, y en su función de asistencia sanitaria mediante sus distintas prestaciones, debe utilizarse para cubrir dichas contingencias sanitarias, con una serie de medidas incluso si son necesarias rígidas, que eviten situaciones de abuso en cuanto a su acceso y disponibilidad, pero nunca como un objetivo meramente recaudatorio.

Esta tesitura de la actual asistencia sanitaria en el sistema sanitario público nos lleva a una importante reflexión. Es fundamental la cobertura universal de asistencia sanitaria proporcionada a todos los ciudadanos, con independencia de su situación regular o no, ya que queda justificado el acceso a la prestación asistencial en base a la salvaguarda de la vida de la persona frente a los riesgos de la salud.

Esta idea choca con la situación derivada de las distintas reformas por parte del Ejecutivo, en la que el carácter de gratuidad va perdiendo peso, y se nos conduce lenta y progresivamente a una asistencia sanitaria que pierde universalidad y exige la colaboración económica de los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, José María (2013). *El Sistema Sanitario Público en España y sus CCAA. Sostenibilidad y reformas*. Fundación BBVA, Bilbao.
- Alarcón y González (1991). *Compendio de Seguridad Social*. Técnos, Madrid.
- Alzaga, Oscar (1978). *Comentario sistemático a la Constitución Española de 1978*. Ediciones del Foro, Madrid.
- Aparicio, Joaquín (1989). *La Seguridad Social y la protección de la salud*. Cívitas, Madrid.
- Beato, Manuel (1989). *El sistema sanitario español, su configuración en la Ley General de Sanidad*. Revista de la Administración Pública, Madrid.
- Fernández Pastrana (1984). *El Servicio Público de la Sanidad: el marco constitucional*. Cívitas, Madrid.
- Freire, J.M, (1995). La Ordenación de las Prestaciones: Aspectos sanitarios. *La Gaceta Sanitaria*. Escuela Nacional de Sanidad, Madrid.
- Garrido, Fernando (1985). *Comentarios a la Constitución*. Cívitas, Madrid.
- Gorelli; el at (2013). *Lecciones de Seguridad Social*. Técnos, Madrid.
- Landa, Juan Pablo (1999). *La Reforma de la Sanidad Pública y del Régimen Jurídico de su Personal*. Centro de Estudios Sociológicos, Madrid.
- León, Marta (2010). *La protección constitucional de la salud*. La Ley, Las Rozas (Madrid).
- Lopez-Casasnovas, Guillem (2008). Regulación, innovación y mejora de las prestaciones sanitarias. El sector del medicamento. *Gaceta Sanitaria*. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
- Lorenzo, Rafael (1996). *Los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios, IV Congreso "Derecho y Salud"*. Servicio de publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria
- Monereo, el at (2008). *Las Contingencias Comunes protegidas por la Seguridad Social* Albolote, Granada.
- Monereo; el at (2007). *Comentario práctico a la legislación reguladora de la Sanidad en España*. Comares, Granada.
- Muñoz, Manchado (1995). *La formación y la crisis de los Servicios Sanitarios*. Alianza, Madrid.
- Polo, M^a. Cristina (2001). *Reintegro de Gastos Médicos y Estado de Bienestar*. Tirant Lo Blanch, Valencia.

Rodríguez, Gorelli, Vilchez (2007). *Sistema de Seguridad Social*. Técnos, Madrid.

Tamames, Ramón (1988). *Introducción a la Constitución Española*. Alianza, Madrid.

Vida; el at (2011). *Manual de Seguridad Social*. Técnos. Madrid.