

## **ANEXO II**

**COBERTURA, ACCESO Y NUEVOS  
DERECHOS DE LOS CIUDADANOS:  
EL DESARROLLO DE LA  
NORMATIVA AUTONÓMICA**



**ANEXO II**  
**COBERTURA, ACCESO Y NUEVOS DERECHOS DE LOS CIUDADANOS: EL  
DESARROLLO DE LA NORMATIVA AUTONÓMICA**

*Carlos Asenjo*  
*Ana Quiralte*

Observatorio del Sistema Nacional de Salud

## **2.1. Introducción.**

En este capítulo se estudiarán las previsiones normativas de las Comunidades Autónomas que desarrollan o complementan las normas básicas de la Administración estatal, en todo lo relativo al alcance y la delimitación de las prestaciones, la garantía de acceso a las mismas y los nuevos derechos de los pacientes que se han ido desarrollando durante los últimos años.

En primer lugar, se abordará quiénes son los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. En ese sentido, se hará una breve panorámica de las medidas legislativas que se han aprobado a lo largo de las últimas décadas y que estaban encaminadas tanto a lograr la extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población española como a garantizar el acceso a la misma de los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva. En segundo lugar se describirá el modo en que las CC.AA. han ido añadiendo elementos complementarios al conjunto de prestaciones común al Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se analiza en el capítulo la normativa autonómica relativa a la garantía de tiempos de acceso a la asistencia y la legislación referida a la libre elección de médico y centro. A continuación, y al hilo de la legislación estatal más reciente, que gira en torno a la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de los derechos de información y documentación clínica, y a la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, se analizarán desde una perspectiva comparada el derecho a una segunda opinión y las garantías de información y documentación clínica. Finalmente, el capítulo concluirá con una revisión de los mecanismos que las distintas CC.AA. han articulado para facilitar a los ciudadanos el ejercicio efectivo de sus derechos.

## **2.2. Normativa relacionada con la cobertura de colectivos de población y prestaciones**

### **2.2.1. Cobertura de población**

El ordenamiento jurídico español realiza un reconocimiento universal del derecho a la protección de la salud con el máximo rango normativo: El mandato del artículo 43 de la Constitución de 1978 implica que la condición de ciudadano es suficiente para beneficiarse de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS), sin que sea necesario que concurren otros títulos específicos, obligando en consecuencia al legislador a desarrollar el derecho constitucional partiendo de la premisa de la universalidad<sup>1</sup>.

Por su parte, la Ley General de Sanidad (LGS) reconoció como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y a los ciudadanos extranjeros que tuvieran establecida su residencia en territorio español, estableciendo el principio general de la extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población española y el acceso a la misma en condiciones de igualdad efectiva.

No obstante, el establecimiento de un aseguramiento universal, equitativo, único y de financiación pública no llegó a tener una plasmación absoluta en la LGS, pues no se desvinculaba la asistencia sanitaria del régimen de la Seguridad Social, ni se identificaba totalmente universalidad y gratuidad en la utilización de los servicios sanitarios. Por un lado, no

---

<sup>1</sup> *Para hacer efectivo este derecho en el ámbito territorial de cada Comunidad Autónoma se les atribuyó en los Estatutos las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, así como la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.*

se excluía que algunos ciudadanos accediesen al sistema como pacientes privados obligados a reintegrar -según su coste efectivo- la asistencia que recibían del sistema público. Por otro, se imponía la obligación al Gobierno de regular la financiación de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social para personas no incluidas en el mismo que, de tratarse de personas sin recursos, se haría en todo caso con cargo a transferencias estatales. Asimismo, se preveía la integración en el Sistema Nacional de Salud de los regímenes especiales de la SS, de los que aún hoy se derivan condiciones de aseguramiento distintas.

Tras la publicación del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, que extendió en el ámbito de la gestión estatal la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, quedaba pendiente tanto la integración de los regímenes especiales supervivientes como el aseguramiento de los ciudadanos con suficientes recursos económicos -un porcentaje en torno al 1% de la población- que no estaban cubiertos por el sistema público.

En 1997 se dio un paso importante hacia el concepto de aseguramiento universal con el Acuerdo Parlamentario de fecha 18 de diciembre sobre racionalización del SNS, que propugnó en su apartado 1.1b) una reforma legal de universalización efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, extendiéndolo a todos los grupos sociales y desvinculándolo de los regímenes de afiliación a la Seguridad Social. Esta reforma iba en línea con la progresiva sustitución de las cotizaciones sociales por impuestos generales como fuente de financiación del sistema, como rasgo propio de los modelos sanitarios tipo Beveridge.

Finalmente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC), establece la prestación de los servicios a los usuarios del SNS en condiciones de igualdad efectiva y calidad, el aseguramiento universal y público por parte del Estado y la financiación pública del SNS de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica. Además, en su artículo 3, recoge como titulares de estos derechos a todos los españoles y los extranjeros residentes en el territorio nacional -en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica de Extranjería<sup>2</sup>-, a los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea (UE) -en función de lo que resulte del Derecho Comunitario Europeo y demás tratados suscritos por el Estado español-, así como a los nacionales de los demás Estados no comunitarios según los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y los convenios internacionales firmados por España. La misma Ley de Cohesión y Calidad impone a las Administraciones Públicas la obligación de impedir la discriminación de cualquier colectivo de población que, por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del SNS<sup>3</sup>.

Todas las Comunidades Autónomas sin excepción recogen en sus Leyes de Salud, de Ordenación Sanitaria o de creación del Servicio de Salud, el principio de universalización de la atención sanitaria individual y colectiva a todos los ciudadanos, como principio rector de sus respectivos sistemas sanitarios. Algunas Comunidades introducen otros matices en su formulación (como el de la residencia en el caso de Asturias, Cataluña, Murcia y Madrid).

Como titulares de los derechos reconocidos en estas normas -ámbito subjetivo de cobertura-, y sin citar los casos especiales que se verán más adelante, la gran mayoría de las Comunidades Autónomas bien se remiten a, o bien reproducen, lo establecido en la normativa estatal básica: esto es, consideran titulares de los derechos a todos los ciudadanos españoles residentes en la Comunidad Autónoma y, además, a los transeúntes y no residentes en los términos establecidos en la normativa estatal. Por su parte, los extranjeros comunitarios y los de los países no comunitarios se consideran titulares de derechos en función de los tratados y convenios internacionales suscritos por el Estado español.

La última Ley de Salud publicada en nuestro país, la Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia, introduce una particularidad en el ámbito subjetivo de cobertura en el caso de las prestaciones y servicios de nueva inclusión en el catálogo del

---

<sup>2</sup> Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, conocida popularmente como Ley de Extranjería.

<sup>3</sup> El Artículo 3.2 de la citada Ley ordena la incorporación de "medidas activas" por parte de las distintas Administraciones Públicas para lograr este fin.

sistema gallego, ya que sólo prevé como beneficiarios a los residentes en la Comunidad, en los términos que se establezcan en cada caso. En este orden de cosas, existen además otras particularidades que deben ser puestas de relieve en la concreción de los titulares del derecho a la atención sanitaria, y que se recogen en la tabla 1.

### **2.2.1.1. Personas sin recursos económicos suficientes**

Cinco Comunidades, de las siete que asumieron las transferencias del INSALUD antes de 2002 (Andalucía, Cataluña, Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana), han dictado normas específicas de universalización de la asistencia para las personas sin recursos económicos o que no se encuentren cubiertas por un sistema de previsión público, en los términos que se verán más adelante. La primera en adoptar esta medida fue el País Vasco, seguida de la Comunidad Valenciana, y ambas antes de que se publicara la norma equivalente de la Administración estatal. Posteriormente lo hicieron Navarra, Cataluña y Andalucía.

El desarrollo del acceso a las prestaciones de los Servicios de Salud por parte de las personas sin recursos económicos suficientes se realizó en Andalucía a través del Decreto 66/1990, de 27 de febrero. En cuanto al alcance de las prestaciones, este reglamento estableció que tendrían idéntico contenido y extensión que las del régimen de la Seguridad Social. Su desarrollo se llevó a cabo por medio de la Orden de 26 de marzo de 1990, que reguló la tramitación de estos expedientes. Si bien correspondía al Servicio Andaluz de Salud (SAS) la tramitación de los expedientes, el reconocimiento del derecho era potestad del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). No obstante, se tuvo la previsión de habilitar la integración automática de las personas que percibiesen una pensión asistencial<sup>4</sup> y designar provisionalmente un facultativo de medicina general y pediatra desde el mismo momento de presentar la solicitud para el reconocimiento de los beneficios<sup>5</sup>.

En la Ley de Salud de Andalucía se reconocen como titulares de los derechos recogidos en la misma y en el resto de la normativa sanitaria de esa Comunidad -sin perjuicio de la consideración de pacientes privados que puedan tener los ciudadanos en los términos del artículo 16 de la LGS- tan sólo a los españoles y extranjeros que sean residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía. Por el contrario, a los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía pero con residencia en España sólo se garantiza lo establecido en la legislación estatal. Mientras, los ciudadanos comunitarios se regirán por lo que resulte de aplicación según el derecho comunitario europeo y los tratados suscritos por España. Y, finalmente, los nacionales de Estados no comunitarios se regirán por los mandatos recogidos en las leyes, tratados y convenios suscritos por el Estado español<sup>6</sup>. Las disposiciones anteriores no obviarán las prestaciones vitales de emergencia, que serán garantizadas en cualquier caso.

Por otro lado, Cataluña dictó el Decreto 55/1990, de 5 de marzo, de regulación de la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos<sup>7</sup>, que sigue en líneas generales las previsiones de la norma estatal (R.D. 1088/1989) en cuanto a la cobertura de prestaciones. El procedimiento es similar al seguido en el caso andaluz, si bien en el momento de la solicitud, si se cumplen los requisitos, se hace entrega al interesado por parte del Instituto Catalán de la Salud de un documento provisional e individual acreditativo, a la vez que se le asigna un facultativo de medicina general o pediatría, quedando condicionada en este caso la efectividad del derecho al reconocimiento posterior del derecho por el INSS.

Igualmente, en Cataluña también se desarrolló normativamente un sistema de aseguramiento que permitía acceder a las prestaciones sanitarias al colectivo de ciudadanos que, de acuerdo con la LGS, sólo podían acceder al sistema público reintegrando el coste efectivo, a través del

---

<sup>4</sup> Artículo 5.2 del Decreto 66/1990: “Quedarán exentos del cumplimiento del trámite de solicitud las personas incluidas en la asistencia sanitaria benéfica de aquellas Corporaciones Locales que, de acuerdo con lo establecido en la Disposición Transitoria del Real Decreto 1088/1989, establezca Convenios de integración o lo tenga establecido con anterioridad al dictado de esta disposición”.

<sup>5</sup> Art. 6 de la Orden de desarrollo.

<sup>6</sup> Art. 3 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

<sup>7</sup> Desarrollado por Orden de 25 de abril de 1990.

procedimiento regulado en el Decreto 178/1991, de 30 de julio, de universalización de la asistencia sanitaria pública. El ámbito subjetivo de aplicación de esta norma viene referido a las personas que estén empadronadas en cualquier municipio de Cataluña y acrediten su residencia efectiva en la Comunidad. Empero, se exigen otros requisitos: no tener obligación de cotizar a la Seguridad Social u otro régimen de previsión pública, no tener acceso a ello por cualquier título jurídico y cumplir las obligaciones que se determinen reglamentariamente<sup>8</sup>.

Navarra también reguló la extensión de la asistencia sanitaria pública a las personas que carecían de protección sanitaria o de posibilidad de optar a la misma por cualquier título jurídico. Se exigía el empadronamiento en algún municipio de Navarra durante al menos seis meses antes de solicitarla, además de no disponer de cobertura por ningún sistema de previsión ni posibilidad de optar al mismo. La aplicación efectiva del Decreto Foral 71/1991, de 21 de febrero, se extendió exclusivamente al ámbito de las personas acogidas a los Padrones de Asistencia Social<sup>9</sup>, con la intención de hacer efectivo el principio de universalización a todos los residentes en Navarra. Posteriormente se regula por Decreto Foral 640/1996 el procedimiento y las condiciones de acceso al régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública. En su virtud, para solicitar el acceso a las prestaciones que se especifican, se exige una residencia efectiva (y, además, documentada) de al menos un año, debiendo ser ésta inmediatamente anterior a la solicitud realizada en cualquiera de los municipios de Navarra. La cobertura comprende la asistencia sanitaria en los centros y establecimientos de la Red de Utilización Pública de Navarra -en ningún caso comprende la atención sanitaria fuera de Navarra-, la prestación farmacéutica y cuantas otras se hubieran reconocido con carácter general a los ciudadanos de la Comunidad Foral por la normativa propia, en las mismas condiciones y con igual procedimiento de acceso. Los beneficiarios contribuyen a la financiación en cuantía proporcional a sus ingresos anuales, en la medida que se establece en este Decreto<sup>10</sup>.

En lo que concierne al País Vasco, destaca el hecho de que se adelantara un año y medio en el tiempo al Gobierno Central al dictar, a través del Decreto 26/1988, de 16 de febrero, la norma que posibilitaba el acceso al sistema sanitario en su ámbito territorial de aquellas personas sin recursos económicos suficientes<sup>11</sup>. Incluso antes de hacerse efectivas las transferencias del INSALUD, esta Comunidad ya había adoptado medidas concretas, al determinar a través de la Orden de 28 de junio de 1982 (que no se ha derogado formalmente), el derecho a la asistencia sanitaria hospitalaria gratuita a aquellas personas en situación de paro y sin recursos económicos suficientes que no tuvieran derecho a la misma por otra vía.

En lo que al Decreto 26/1988 se refiere, su ámbito de aplicación no se circunscribe únicamente a los ciudadanos españoles, sino que el requisito exigido para ser beneficiario del derecho es el del empadronamiento en esta Comunidad. En cuanto al ámbito objetivo de las prestaciones, se determina que éstas tendrán como mínimo idéntico contenido y extensión que las del régimen común de Seguridad Social. Específicamente, la Orden de 17 de febrero de 1988 que desarrolla este Decreto toma como medida de aplicación las rentas de la unidad familiar, al tiempo que exime de cualquier forma de participación en la financiación de medicamentos a todos los beneficiarios, a los que se asimila a la condición de pensionistas de la Seguridad

---

<sup>8</sup> *En principio, reglamentariamente se exigió colaborar en la financiación de la asistencia mediante una aportación que no podía exceder, como media, del equivalente a la cuantía que representasen las cuotas y otros ingresos destinados a la financiación de la asistencia pública per cápita en Cataluña. Dicha aportación no se concretó, no obstante, hasta la publicación de la Orden de 12 de junio de 1997.*

<sup>9</sup> *Exposición de motivos del Decreto 640/1996.*

<sup>10</sup> *Se consideran rentas e ingresos imputables, los bienes y derechos de que disponga anualmente el beneficiario, derivados tanto del trabajo como del capital, así como cualesquiera otros sustitutivos de aquéllos. Las personas a las que se les reconozca el acceso a la asistencia sanitaria pública contribuirán a su financiación con una cuota de participación por importe de 108,2 €/año para unos ingresos anuales de hasta 12.000 € y con el tres por ciento del total de los ingresos anuales, cuando éstos superen dicha cantidad, y hasta un máximo de aportación de 757,3 €/año. En el caso de que el titular del derecho al régimen de extensión de la universalización de la asistencia sanitaria pública tuviera a su cargo a otras personas de él dependientes económicamente y que obtengan igualmente derecho a dicha asistencia, la aportación a la financiación por su conjunto se reducirá con los índices correctores.*

<sup>11</sup> *Aunque su aplicación fuera progresiva.*

Social. En lo relativo al reconocimiento del derecho, éste se atribuye a Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), previsión harta coherente con el aseguramiento universal en que la Orden se fundamenta, apartándose del criterio de atribución al INSS que fijó posteriormente la Orden estatal de 3 de noviembre de 1989.

La Comunidad Valenciana también se adelantó por unos meses a la administración estatal al dictar el Decreto 88/1989, de 12 de junio, de extensión del derecho a la asistencia sanitaria a determinadas personas sin recursos económicos suficientes, que se desarrolló por Orden de 16 de octubre de 1989 y posterior Resolución de 8 de febrero de 1999. Dicho derecho se reconoce a las personas, cualesquiera que sea su origen, que no dispongan de ingresos superiores al salario mínimo interprofesional vigente en cada momento, siempre que estén empadronados en cualquier municipio de la Comunidad Valenciana en el momento de producirse la situación de necesidad y que no tengan derecho a ello por ningún sistema público de cobertura. El reconocimiento del derecho se efectúa por el Servicio Valenciano de Salud, mientras que la extensión a que se refiere este Decreto se efectúa de forma progresiva, implantándose sucesivamente en los diferentes ámbitos territoriales según se determina por Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo.

### 2.2.1.2. Extranjeros en España

Por otro lado, y en el ámbito de la atención sanitaria e integración de los extranjeros en las redes sanitarias públicas, las Comunidades Autónomas difieren notablemente unas de otras, destacando los casos de Navarra y la Comunidad Valenciana en las que se facilita la tarjeta sanitaria a los inmigrantes -en este último caso una especial, la denominada tarjeta solidaria-.

Sería con ocasión de la regulación de la asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación no legal en Navarra, cuando se considerara a esta Comunidad paradigma de la universalización de la asistencia sanitaria<sup>12</sup>. En estos términos se ha referido Beltrán (2002) en relación con la Ley Foral 2/2000, de 25 de mayo, de la Comunidad de Navarra, que establece en su artículo primero que "la asistencia sanitaria pública dentro del territorio de la Comunidad Foral se extenderá a todos los ciudadanos residentes en cualquiera de los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa<sup>13</sup>". Se incluye, por tanto, a todos los españoles y extranjeros, sea cual sea su situación. La universalización del derecho a la asistencia es plena y, a estos efectos, la Ley Foral dispone que el Gobierno de Navarra incluirá en los presupuestos generales una financiación complementaria y específica destinada a los beneficiarios del programa de asistencia sanitaria a extranjeros. La desigualdad, en razón del criterio de quiénes son los sujetos efectivamente protegidos, entre Navarra y el resto del Estado es, pues, un hecho<sup>14</sup>: de un lado, la Ley Foral reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de una manera efectiva a todos los españoles que residan en Navarra con independencia de sus circunstancias mientras que, en el resto del Estado, la universalización no es total al cien por cien; de otro lado, reconoce este derecho a los extranjeros en las mismas condiciones que a los españoles, en unos términos diferentes y más amplios de los que se derivan de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de Extranjeros, ya que ésta última sólo lo reconoce a los que estén empadronados, lo que implica la exigencia de algún título concreto que haga nacer el derecho, en contra de lo que hace la Ley Foral que no exige esas circunstancias.

En la Comunidad Valenciana, y en cuanto a la cobertura sanitaria de los inmigrantes extranjeros en general, se reconoce a través del Decreto 26/2000, de 22 de febrero, que, al mismo tiempo que regula esta cuestión, crea la tarjeta solidaria<sup>15</sup>. La asistencia sanitaria en la

---

<sup>12</sup> Beltrán, J.L. (2002).

<sup>13</sup> Modifica el apartado 1 del Art. 3 de la Ley Foral 10/1990 de Salud.

<sup>14</sup> Tales desigualdades subjetivas en el acceso a las prestaciones sanitarias públicas son para este autor, inaceptables, por incidir directamente en una cuestión básica como es el acceso a los servicios sanitarios, que debe resolverse a nivel estatal.

<sup>15</sup> En 1999, la Resolución de 8 de febrero, se dictó con el objetivo exclusivo de otorgar la asistencia sanitaria a los menores extranjeros residentes ilegalmente en la Comunidad Valenciana, sin que de ello se pueda derivar ningún otro efecto "administrativo ni de cualquier otra índole". La solicitud se debe efectuar a través de los trabajadores sociales de base de los Centros de Salud ante la Consejería de

Comunidad Valenciana se reconoce en este caso a los extranjeros, en los términos de la Ley Orgánica estatal 4/2000, de asistencia sanitaria a extranjeros, reconociéndose a los no empadronados, además de la asistencia de urgencia, una ampliación de la asistencia sanitaria a situaciones no urgentes cuando carezcan de recursos económicos y mientras normalizan su situación administrativa. Para instrumentalizar estos extremos se crea la tarjeta solidaria, que otorga la Consejería de Sanidad (unidades de Afiliación y Validación), y en cuya distribución pueden participar las ONGs legalmente reconocidas en el ámbito sanitario.

Por lo que respecta al documento que acredita el acceso al sistema sanitario de cobertura pública, los diferentes Servicios de Salud han promovido un abanico de normas con el objeto de crear el soporte documental específico y propio que permita acreditar individualmente la condición de beneficiario de las prestaciones sanitarias (tarjeta sanitaria individual), con independencia de los documentos identificativos de la afiliación a la Seguridad Social, que progresivamente están avocados a ser desplazados a los efectos del acceso a las prestaciones sanitarias. En cuanto a su utilización en el ámbito territorial de las diferentes Comunidades, se han promovido diversos mecanismos de coordinación técnica para facilitar la labor del reconocimiento de la validez identificativa de estos documentos. Mientras, a nivel nacional se ha aprobado el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la Tarjeta Sanitaria Individual para todo el Sistema Nacional de Salud.

---

*Sanidad, otorgándoseles una tarjeta de asistencia sanitaria individualizada con carácter provisional por un año, prorrogable hasta el cumplimiento de los 18 años del menor.*



Tabla 1. ÁMBITO SUBJETIVO DE COBERTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LAS CC.AA.

Comunidades Autónomas	Titulares del derecho en Leyes de Salud, Ordenación Sanitaria o de Creación del Servicio Salud	Normas específicas sobre universalización/ampliación de la cobertura	Normas específicas para extranjeros
<b>Andalucía</b>	Idem norma estatal. Garantía de las prestaciones vitales de emergencia.	Decreto 66/1990	
<b>Aragón</b>	Idem norma estatal. Garantía total en urgencia y emergencia. No cita extranjeros		
<b>Asturias</b>	Idem norma estatal. No cita extranjeros		
<b>Baleares</b>	Residentes y no residentes con independencia de su situación legal o administrativa		
<b>Canarias</b>	Idem norma estatal		
<b>Cantabria</b>	Idem Aragón		
<b>Castilla-La Mancha</b>	Idem Aragón, si bien añade "con especial incidencia menores, embarazadas y crónicos"		
<b>Castilla y León</b>	Atención sanitaria a toda la población.		
<b>Cataluña</b>	Todos los ciudadanos residentes en Cataluña.	Decretos 55/1990 y 178/1991	
<b>Extremadura</b>	Idem norma estatal, y añade "con independencia de su situación legal o administrativa"		
<b>Galicia</b>	Idem norma estatal. Nuevas prestaciones sólo residentes, según se establezca en cada caso.		
<b>Madrid</b>	Residentes y transeúntes según legislación general		
<b>Murcia</b>	Residentes de derecho o de hecho en la Región de Murcia		
<b>Navarra</b>	Todos los residentes con independencia de su situación.	Decretos forales 71/1991 y 640/1996	Ley Foral 2/2000, de 25 de mayo
<b>Comunidad Valenciana</b>	Extensión, a todos los ciudadanos de la Comunidad, de atención sanitaria y socio-sanitaria	Decreto 88/1989 y Orden de 16.10.1989	Resolución 8.2.1999 y Decreto 26/2000
<b>País Vasco</b>	Todas las personas residentes y transeúntes, según legislación general. Resto: Idem norma estatal	Decreto 26/1988 y Orden 28.6.1982	
<b>La Rioja</b>	Idem norma estatal. Garantía en situación de urgencia y emergencia		

Fuente: Elaboración propia a partir de la normativa citada en los anexos legislativos.



### 2.2.2. Cobertura de prestaciones

Probablemente el alcance y contenido real de las prestaciones sanitarias se plantea como la cuestión más importante a la hora de delimitar el ejercicio del derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución. Con anterioridad a nuestra Norma Fundamental de 1978, la regulación de las prestaciones sanitarias se recogía en el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (LGSS), en el que se aludía de forma muy genérica a las prestaciones médicas y farmacéuticas cubiertas por el Sistema de Seguridad Social si bien, en aquel momento, estaban dirigidas al colectivo de trabajadores dados de alta en dicho sistema. A mediados de los ochenta, la Ley General de Sanidad (LGS) estableció el principio de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones del SNS, proclamó la universalidad de la asistencia y encomendó a los poderes públicos el desarrollo de actuaciones de amplio alcance sin que, paradójicamente, en ese momento se avanzara más en una concreción o delimitación de las mismas.

En los años noventa, la necesidad de contar con un catálogo que concretara las prestaciones sanitarias reconocidas y financiadas por el Sistema Nacional de Salud se fue haciendo ineludible, planteando un difícil equilibrio entre la protección subjetiva del derecho y los condicionantes derivados de la necesidad de limitar el gasto público<sup>16</sup>. Finalmente, se dio un paso fundamental que supuso un enorme avance en la regulación de las prestaciones, al publicarse el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, texto aún vigente, que perseguía dos objetivos esenciales: por un lado, definir los derechos asistenciales básicos y complementarios de los usuarios; y, por otro, exigir la evaluación previa a la introducción de nuevas prestaciones en el catálogo del SNS. Ambas funciones están atribuidas por la Constitución y las Leyes a la competencia estatal, pues corresponde al Estado delimitar el contenido mínimo de las prestaciones y las condiciones de acceso, si bien son competentes las Comunidades Autónomas para mejorar o complementar dichas prestaciones en el ejercicio de sus competencias de desarrollo y autonomía financiera aunque, lógicamente, sólo en su específico ámbito territorial.

Este Real Decreto de 1995, polémico por causas de tipo técnico-jurídico, establecía que lo incluido en el mismo no constreñía a las CC.AA., ya que éstas podían incorporar actividades y prestaciones sanitarias con cargo a sus propios recursos o mediante precios, tasas u otros ingresos con arreglo a sus Estatutos de Autonomía y ulteriores normas de desarrollo. Este hecho, unido a cierta indefinición terminológica y a que el Real Decreto no era un documento cerrado que permitiera saber en cada caso si un determinado proceso o técnica se prestaba de igual manera en todo el territorio, favoreció cierta diversidad en los límites de algunas prestaciones o técnicas entre las distintas CC.AA., que aún hoy se mantiene.

La Ley de Cohesión y Calidad dedica todo un capítulo de su articulado a las prestaciones del SNS, cuya ordenación y garantía constituyen uno de sus principales objetivos. En ella se define el catálogo de prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud que incorpora, además de las contempladas en el Real Decreto 63/1995, las de salud pública y las prestaciones socio-sanitarias. Otras de las prestaciones que se detallan más pormenorizadamente en la Ley son la de atención primaria y la de atención domiciliaria, con la introducción además de la atención comunitaria, los programas específicos para la infancia y los grupos de riesgo, la atención paliativa a enfermos terminales en el domicilio del paciente, la atención a la salud mental y la atención a la salud buco-dental.

En la atención especializada, siguiendo las líneas de modernización en la gestión, se hace pivotar la actividad sobre las consultas externas y los hospitales de día, además de formularse una referencia expresa a la hospitalización a domicilio -no contemplada anteriormente-, así como a la atención paliativa a enfermos terminales y la atención a la salud mental<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> En ese sentido, véase la opinión de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud en el documento conocido como "Informe Abril" de 1991, o el Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del SNS de 1997. En parecido línea, se decanta Martínez D.J. (1999).

<sup>17</sup> Artículo 13.2 de la Ley de Cohesión y Calidad.

En cuanto a la prestación farmacéutica, sobre la que la regulación anterior se limitaba a decir que comprendía los medicamentos y productos sanitarios, se añade que comprenderá el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de la manera adecuada, en dosis precisas y durante el tiempo requerido y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

En resumen, el catálogo de prestaciones básicas y comunes a todo el SNS derivado de la Ley de Cohesión y Calidad de 2003 incluye:

- Prestaciones de Salud Pública.
- Prestaciones de Atención Primaria.
- Prestaciones de Atención Especializada.
- Prestaciones de Atención Sociosanitaria.
- Prestaciones de Atención de Urgencia.
- Prestación Farmacéutica (mantiene su regulación específica<sup>18</sup>).
- Prestación Ortoprotésica.
- Prestación de Productos Dietéticos.
- Prestación de Transporte Sanitario.

Todas estas prestaciones sanitarias incluidas en el catálogo son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas, de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, haciéndose efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la Cartera de Servicios, una de las novedades de la Ley, con lo que también se intenta poner fin a una imprecisión terminológica que viene arrastrándose desde el ya citado R.D. 63/1995 e incluso desde antes, ya que previamente no se establecía con claridad la diferencia entre prestaciones y técnicas o procedimientos con las que se hacían efectivas las mismas.

La Cartera de Servicios del SNS está pendiente de aprobación por Real Decreto, previo informe del Consejo Interterritorial, y mientras tanto se mantiene la vigencia del R.D. 63/1995. En todo caso, las Comunidades Autónomas podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, siempre en el ámbito de sus competencias, que deberán incluir como mínimo la Cartera de Servicios del SNS. Una vez elaborada la Cartera, será aprobada y publicada por Real Decreto, estableciéndose por la Ley un procedimiento para su actualización.

La finalidad de homogeneizar aquellos grupos o colectivos que pudieran mantener grandes diferencias en el acceso también se refleja en la imposición a las Mutualidades con responsabilidades de cobertura de asistencia sanitaria pública, que deberán garantizar el contenido de la Cartera de Servicios del SNS de acuerdo con lo dispuesto en su normativa específica.

La existencia de un paquete común de prestaciones no debe ser incompatible con el desarrollo de prestaciones diferenciales (en su contenido, formas o requisitos de aplicación) en las distintas Comunidades Autónomas, que reflejen las distintas opciones y preferencias de los ciudadanos de cada región, sin que la diversidad organizativa y/o las prestaciones complementarias, supongan en ningún caso un problema de acceso para los ciudadanos que se desplacen, ni una amenaza al principio de equidad<sup>19</sup>. De hecho, la posibilidad de que existan diferencias reales entre las CC.AA., que superen el límite de lo exigido por la normativa estatal sobre prestaciones sanitarias, es una realidad admitida por el ordenamiento jurídico, la doctrina e, incluso, por la propia jurisprudencia constitucional, que han admitido la constitucionalidad de una diferente posición jurídica de los ciudadanos en las distintas partes del territorio nacional. Esta situación se ha visto reflejada en las distintas Leyes de Salud de las CC.AA., así como en el desarrollo legal y reglamentario de algunas de ellas, de las que se derivan desigualdades subjetivas y objetivas, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo, respecto de los distintos ámbitos territoriales, dando de esta forma contenido real al proceso de

---

<sup>18</sup> La prestación farmacéutica se regirá por la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento y por las demás disposiciones aplicables.

<sup>19</sup> Documento de debate de la Subcomisión parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS (1997).

asunción de competencias<sup>20</sup>. Obviamente, las previsiones específicas sobre ampliación del catálogo de prestaciones básicas en las Leyes de Ordenación Sanitaria de las CC.AA. se ha visto condicionada en gran parte por su fecha de publicación (en relación con la del R.D. 63/95 y la de la Ley de Cohesión de 2003). Así, por ejemplo, Cataluña no hace ninguna previsión al respecto, por ser la LOSC de 1990 y, en consecuencia, bastante anterior al R.D. 63/1995. Esta contingencia sucede igualmente en la legislación de Canarias y Murcia. No obstante, se producen algunas excepciones en normas muy recientes, como por ejemplo en la normativa de la Comunidad Autónoma Valenciana: por un lado, en su Ley de Salud de febrero de 2003, afirma que “se garantizará por los poderes públicos el catálogo de prestaciones de financiación pública y el acceso a los servicios y actuaciones sanitarias de conformidad con la normativa básica”; y, al mismo tiempo, en la Ley de Derechos e Información al Paciente, de 28 de enero del mismo año, establece el derecho a las prestaciones básicas del SNS, pero apuntando a continuación que se pueden establecer por la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma “prestaciones complementarias en las condiciones establecidas en la legislación vigente, que serán efectivas previa programación expresa y dotación presupuestaria específica” .

Por el contrario, otra Comunidad como la de Madrid, en la Ley de Ordenación Sanitaria de diciembre de 2001 no hace más referencia a este asunto que como principio rector del sistema sanitario de la propia Comunidad: esto es, en tanto que satisfaga la adecuación de las prestaciones sanitarias públicas ofertadas por el mismo a las establecidas en cada momento por el SNS; y, como principio de organización y funcionamiento, la suficiencia del marco de financiación en relación con el catálogo de prestaciones del SNS.

Mientras, la Comunidad Foral de Navarra, ya en la Ley de Salud de 1990, preveía la posibilidad de establecer prestaciones complementarias, que serían efectivas previa programación expresa y dotación presupuestaria específica, siendo su objeto la protección de grupos sociales con factores de riesgo específicos y con especial referencia a la salud laboral. La Administración de la Comunidad Foral estaría obligada a vigilar especialmente aquellas actividades y técnicas que no se encontrasen incluidas dentro del marco habitual de las prestaciones sanitarias y estuvieran orientadas al diagnóstico, tratamiento y cuidado de la salud. Todo ello después de garantizar que las prestaciones sanitarias fueran como mínimo las fijadas en cada momento para los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

También Castilla y León se adelantó a las previsiones legales del Estado, cuando ya en el año 1993, después de enumerar las prestaciones y servicios del sistema —a modo de ejemplo, se citaba ya la salud bucodental enfocada a la prevención, incorporando además, en la medida que las condiciones económicas lo permitiesen, el conjunto de prestaciones asistenciales—, afirmaba en el artículo 8.2 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario que “la inclusión de nuevos servicios y prestaciones en el Sistema de Salud de Castilla y León será objeto de una evaluación previa de su eficacia en términos tecnológicos, sociales y de salud, y llevará asociada una financiación específica”.

Por lo demás, el resto de Comunidades Autónomas también hacen mención a la posibilidad de ampliación del catálogo de prestaciones básicas del sistema en sus respectivas Leyes de Salud o similares, con los requisitos previos de evaluación e informe<sup>20a</sup>. Las últimas normas, aprobadas ya iniciado el siglo XXI (Leyes de Salud de Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja y, más recientemente, Galicia) recogen la previsión de incluir nuevas prestaciones adicionales al mínimo determinado para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que en todo caso se garantiza, con la exigencia de la aprobación del Gobierno de la Comunidad, previo informe de la Consejería de Salud y, en ocasiones, informe preceptivo de la Consejería de Hacienda, amén de la comprobación y evaluación de diversos condicionantes como son la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de dichas prestaciones (caso de

---

<sup>20</sup> Ver, entre otras, las STC 37/1987, de 26 de marzo y STC 14/1998, de 22 de enero. Véase también Beltrán J.L. (2002).

<sup>20a</sup> Ley 2/98 de Salud de Andalucía (Art. 4.2). “La inclusión de nuevas prestaciones en el SSPA, que superen las establecidas por el SNS, serán objeto de evaluación previa...y llevará asociada la correspondiente financiación.

Castilla-La Mancha), y de la correspondiente previsión de una dotación presupuestaria o financiación adicional específica.

La reciente Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Galicia, de diciembre de 2003, con entrada en vigor ya en 2004, señala que la inclusión de nuevas prestaciones o servicios financiados públicamente exigirá el previo sometimiento de los mismos a un proceso de evaluación tecnológica en relación con su seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia, y el impacto producido desde el punto de vista económico, ético y de contribución al bienestar individual y social, debiendo garantizarse en todo caso la correspondiente financiación.

Al margen de prever la posible ampliación del catálogo de prestaciones concretas, algunas Comunidades han incluido en sus Leyes de Salud las líneas preferentes de desarrollo normativo en las prestaciones, sean adicionales o no, como sucede en el caso de Navarra, que destaca como derecho específico de los ciudadanos navarros el acceso a la prestación sanitaria de psiquiatría. Baleares, por su parte, hace referencia a que la Comunidad Autónoma puede establecer prestaciones complementarias, tales como los medicamentos homeopáticos, que serán efectivas previa programación expresa y dotación presupuestaria específica. Por su parte, y atendiendo a las características sociales, demográficas y geográficas, Castilla-La Mancha prevé el desarrollo reglamentario, con carácter preferente, de una serie de prestaciones tales como la atención domiciliaria, la telemedicina y la autoayuda y el transporte sanitario.

En la tabla 2 se recogen aquellas diferencias localizadas en las prestaciones que las Comunidades Autónomas recogen en sus normas y que se apartan del catálogo básico común del SNS.

Tabla 2. DIFERENCIAS EN LAS PRESTACIONES QUE LAS CC.AA. RECOGEN EN NORMAS

CC. AA.	Salud Pública	Atención Primaria	Atención Especializada	Atención Socio-sanitaria	Productos Farmacéuticos	Prestación Ortoprotésica	Productos Dietéticos	Transporte Sanitario	Otras
<b>Andalucía</b>	Vacunas antigripales Vacunación anti-hepatitis-B.	Asistencia dental básica a población infantil, 6-15 años. (Decreto 281/2001)  En planificación familiar se facilita la "píldora del día después", incorporada a la cartera de servicios del SAS en 2001, con carácter universal. Se acompañó de la Orden de 1 junio 2001 existencias de estos medicamentos en oficinas de Farmacia y almacenes	Cirugía de cambio de sexo en Transexuales, incluida mediante Proposición no de Ley aprobada por el Parlamento el 11.2.1999 (por Queja 97/611 del Defensor del Pueblo Andaluz).  Anestesia en parto.  Oxigenoterapia a domicilio (ver el contenido Resolución 20.9.2000)	Leyes específicas de atención a personas mayores (L 6/99) y a personas con discapacidad (Ley 1/99). Decreto de apoyo a las familias andaluzas (D13/2002).	Financiación medicamentos excluidos por normativa estatal. Decreto 195/1998	Excluye aportación de usuarios andaluzes para todos los productos del catálogo. Abono plantillas ortopédicas, órtesis y prótesis especiales, y las sillas de ruedas de material ligero. Decreto 195/1998			Tele-medicina
<b>Baleares</b>		Neuro-reflejo terapia (NRT). Convenio de Consejería de Salud-Fundación Kovacs por el que la NRT se incorpora a la cartera de servicios del IB-Salut.						Reintegro gastos y compensación estancias fuera por asistencia sanitaria. Decreto 37/2003	Medicamentos homeopáticos (Ley de Salud)
<b>Canarias</b>									Normativa específica reintegro de gastos, compensación y transporte





		<p>Píldora postcoital (Proposición de Ley Foral admitida a trámite por el Parlamento Foral el 10.10.2001)</p> <p>Asistencia dental a población infantil, y disminuidos psíquicos.</p> <p>Ampliación gradual hasta la edad de 18 años en 2006.</p>			bupropión				
<p><b>Comunidad Valenciana</b></p>		<p>En diabéticos, dispensación tiras reactivas para la determinación de glucosa en sangre y orina.</p>	<p>Véase Acuerdo del D.O.G.V. de 27 junio de 1995, que prevé asistencia y prestaciones</p>		<p>Financiación especialidades farmacéuticas para tuberculosis, con ciertos principios activos</p> <p>Proporcionan gratuitamente medicamentos a personas carentes de recursos</p> <p>Suministro en receta oficial bolsas de orina a determinados colectivos: lesionados medulares, etc.</p> <p>Financiación tiras reactivas en pacientes con tratamiento anticoagulante oral (TAO)</p>	<p>Audífonos hasta finalizar licenciatura universitaria</p> <p>Sillas de ruedas de material ligero, excluidas por la Orden estatal de 18 de enero de 1996</p>			

País Vasco													
Asistencia dental infantil básica a la población de 7 a 15 años con asignación de dentista de cabecera. Excluye ortodoncia.													

Decreto 9/1997; Orden 3.2.97, no añade mejoras aunque facilita el anticipo del pago por el S.V.S/O de sillas de ruedas de material ligero

Fuente: Elaboración propia.

En las restantes Comunidades Autónomas (Aragón, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja) no se ha detectado ninguna mejora en las prestaciones sanitarias o sociosanitarias que haya sido recogida en la legislación autonómica correspondiente.

En términos generales, y en línea con lo que ha sido legislado por el Estado, todas las Comunidades han desarrollado mayormente su actividad normativa en el ámbito de las prestaciones complementarias que estableció el Real Decreto 63/1995, esto es, en lo referente a la prestación ortoprotésica, los productos dietéticos y la oxigenoterapia. Existe cierto consenso respecto a lo que se debe cubrir en relación con la prestación ortoprotésica, si bien por lo que respecta a las restantes prestaciones no existe una definición precisa de su contenido, lo que en ocasiones provoca importantes diferencias en las que se facilitan a los usuarios.

En otros ámbitos sobresalen las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, País Vasco y Navarra, por ser las que más han regulado las prestaciones sanitarias, al margen de aportar un mayor número de mejoras respecto del sistema básico estatal, especialmente en el área de la prestación farmacéutica y las prestaciones complementarias.

Destaca el importante desarrollo normativo de que han sido objeto los servicios sociosanitarios en Cataluña, de forma pionera en el tiempo y novedosa en su contenido, a partir del Decreto 215/1990, de 30 de julio, que integra en un único dispositivo la prestación sanitaria y la social (Decreto 260/2000, de 31 de julio, por el que se desarrollan las estructura y organización centrales del ente público Servicio Catalán de la Salud), contemplándose que el usuario en función de sus recursos económicos haga frente a una parte del gasto correspondiente a la atención social.

También el País Vasco destaca por la regulación de la asistencia dental básica a la población infantil, que se garantiza a todos los niños residentes en la Comunidad, con una cobertura de implantación progresiva desde los 7 a los 15 años. Asimismo, Cantabria ha establecido un sistema de acceso a los tratamientos de ortodoncia de menores en su Centro de Salud Bucodental Infantil en función de determinadas variables de tipo económico y social (Orden de 3 de octubre de 2001), habiéndose publicado la Cartera de Servicios de este Centro por Resolución de 1 de agosto de 2002.

Andalucía ha sido precursora en el reconocimiento de ciertos derechos asistenciales a las madres y al niño en el proceso del nacimiento, como la atención de anestesia epidural (Decreto 101/1995, de 18 de abril), y además ha sido la única que ha incluido la cirugía de cambio de sexo en transexuales<sup>21</sup>. También ha dotado a la población protegida por su Servicio de Salud de un régimen mucho más beneficioso en materia de prestación ortoprotésica y farmacéutica, excluyéndose las correspondientes aportaciones a cargo de los usuarios impuestas por las autoridades centrales. Con efectividad desde 2002, a través del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, que regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se garantiza una asistencia dental básica y determinados tratamientos especiales a todas las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) residentes en la CCAA, realizándose su implantación de forma progresiva.

En la misma línea de actuación que las anteriores Comunidades Autónomas, Navarra también ha destacado por incidir en el ámbito de la asistencia dental, prestación farmacéutica y prestaciones complementarias en tocoginecología y planificación familiar. Como es lógico, hasta el momento son las CC.AA. consideradas históricas, con una experiencia más amplia en la gestión de las competencias sanitarias, las que han desarrollado en mayor grado prestaciones extraordinarias con respecto al catálogo común mínimo del SNS. Aún ha transcurrido poco tiempo desde que las CC.AA. gestionadas directamente por el antiguo INSALUD asumieron plena responsabilidad en esta materia, pero es de esperar que en el futuro incluyan elementos diferenciadores en sus respectivas carteras de servicios.

---

<sup>21</sup> Esta última prestación se incluyó a raíz de una *Queja al Defensor del Pueblo Andaluz*, que se materializó a través de una *Proposición no de Ley*, aprobada por el Parlamento Andaluz con fecha 11 de febrero de 1999.

### **2.3. Normativa reguladora del acceso a las prestaciones**

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS dedica una importante parte de su articulado a la garantía de las prestaciones, aspecto esencial de la citada regulación por constituir uno de sus principales objetivos. En concreto, se hace referencia en el texto a las garantías de seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las mismas. La gestión y tratamiento de las listas de espera, cuestión íntimamente vinculada con la garantía de acceso a las prestaciones, constituye uno de los mayores retos a los que se enfrenta el SNS, al que se han dedicado en los últimos años importantes esfuerzos -tanto legislativos como de otro tipo- a cargo de la Administración sanitaria estatal y de las correspondientes Administraciones autonómicas.

Otro aspecto directamente relacionado con la capacidad de acceso del ciudadano a los servicios sanitarios es el ejercicio del derecho de elección de facultativo y centro sanitario que, si bien se recogía ya desde hace tiempo tanto en la legislación sanitaria estatal como autonómica, ha cobrado su mayor desarrollo práctico y legislativo desde la publicación de la Ley Básica estatal de Autonomía y Derechos de Información del Paciente, así como de la propia Ley de Cohesión y Calidad.

A continuación se analizará el tratamiento legislativo que las distintas Comunidades Autónomas han dado a estas dos cuestiones.

#### **2.3.1. Garantías en tiempos de acceso**

Durante la última década, tanto desde el ámbito central como autonómico se han desarrollado numerosas experiencias para reducir el problema de las listas de espera, que constituyen la barrera más importante en el acceso a la asistencia sanitaria pública. Esta cuestión se ha convertido sin duda en el centro de las mayores críticas y reproches por parte de los ciudadanos al funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

La Ley de Cohesión y Calidad establece, en el Capítulo I “De las prestaciones del Sistema”, que en el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS. Dichos criterios marco habrán de ser aprobados mediante Real Decreto, en tanto que las Comunidades Autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco (Art. 25 LCyC). De esta garantía sólo se excluyen las intervenciones quirúrgicas de trasplante de órganos y tejidos, y la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe.

Con carácter casi simultáneo se aprueba el Real Decreto 605/2003, que establece los criterios, indicadores y requisitos mínimos básicos y comunes en materia de información sobre listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas correspondientes a los centros y servicios del SNS, con el fin de alcanzar un tratamiento homogéneo de estas variables para el conjunto del sistema, que permita el análisis y evaluación de sus resultados, necesidades y funcionamiento, garantizando al mismo tiempo la transparencia y uniformidad en la información facilitada al ciudadano.

Esta misma norma impone tanto a las Comunidades Autónomas como al Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA), en sus respectivos ámbitos de competencias y atendiendo a los criterios de planificación y utilización eficiente de los recursos, la obligación de informar sobre las garantías de tiempos máximos de demora en el acceso a los servicios de atención sanitaria. En este orden de cosas, la mayoría de las Comunidades Autónomas han adoptado recientemente medidas legislativas de diversa índole para garantizar un tiempo máximo de acceso a

determinadas actuaciones sanitarias, que se reflejan en la tabla 3 junto con sus principales características<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> *El Consejo de Gobierno de 9 de marzo de 2004 de la Junta de Andalucía aprobó un Decreto para eliminar las listas de espera en atención especializada, consultas y pruebas diagnósticas, con una garantía de plazos máximos similar a la de las intervenciones quirúrgicas (Decreto 96/2004, de 9 de marzo).*

**Tabla 3. REGULACION DE LA GARANTIA DE TIEMPO MÁXIMO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

	NORMA LEGAL	GARANTIA TRAS PLAZO MAXIMO	ELECCION	PLAZO MÁXIMO	Px GARANTIZADOS	REQUISITOS EXIGIDOS PARA LA GARANTIA	PAGO INTERVENCIÓN	OTROS GASTOS		
								DE	D	HM
Andalucía	D. 209 (BOJA) 18/09/2001	Para procesos asistenciales: Se podrán ofertar en centros Concertados, si paciente no obtenido cita en plazo de repuesta y éste hubiera transcurrido, podrá requerir la atención en un centro sanitario privado autorizado. La Administración queda obligada al pago de los gastos al centro.	Andalucía	60 días primera consulta de AE 30 días procedimientos diagnósticos	Alrededor de 700 Px quirúrgicos. Decreto 209/2001: Anexo I (8 procesos asistenc.) Anexo II (20 especialidades) Anexo III (aprox. 100 procedimientos y prácticamente totalidad determin. analíticas)	Inscripción en Registro de Procesos asistenciales, en Registro de Primeras Consultas ó en Registro de Procedimientos Diagnósticos del SSPA	Pendiente de desarrollo	Pendiente de desarrollo		
Aragón	D. 83 (BOA) 29/04/2003	Requerir el tratamiento en un centro público/privado. La Administración queda obligada al pago de los gastos al	Estado Español	30-180 días, según Px y prioridad	Cirugía valvular y coronaria. Ca., laringe, colón, mama, vejiga, próstata, cérvix uterino, cuerpo de útero. Cataratas. Artrosis de cadera y rodilla.	1. No haber rechazado la intervención 2. Incluido en el Registro de demanda 3. No haber rechazado oferta de derivación	Tarifa fija para cada procedimiento establecidas en la R.930/2001 D.G. INSALUD.	Sí	Sí	Sí

**Tabla 3. REGULACION DE LA GARANTIA DE TIEMPO MÁXIMO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

REGULACION DE LA GARANTIA DE TIEMPO MÁXIMO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS							OTROS GASTOS		
		centro.					4. Autorización previa		
Canarias	O.202 (BOC) 15/05/2003	Requerir el tratamiento en un centro privado. La Administración queda obligada al pago de los gastos al centro.	Canarias	150 días	Cataratas, varices extremidades inferiores, herniorrafia inguinalfemorales, colecistectomía, artroscopia, vasalectomía, prostactectomía, liberación tunel carpiano, prótesis de cadera, histerectomía, amigdalectomía, hallux valgus, sinus o quiste pilonidal		1. No haber rechazado la intervención 2. Incluido en el Registro de demanda 3. No haber rechazado oferta de derivación 4. Autorización previa	Tarifas aplicables a la prestación de asistencia sanitaria concertada con entidades públicas y privadas	Sí Sí Sí
Cataluña	D.354 (DOGC) 24/12/2002	Requerir el tratamiento en un centro no incluido en la red hospitalaria de utilización pública con los que exista contrato.	Cataluña	180 días	Cataratas, intervención varices extremidades inferiores, herniorrafia inguinalfemorales, colecistectomía, artroscopia, vasalectomía, prostactectomía, liberación tunel carpiano, prótesis de cadera, histerectomía, septoplastia, amigdalectomía/adenoidectomía, prótesis de rodilla.		1. No haber rechazado la intervención 2. Incluido en el Registro de demanda 3. No haber rechazado oferta de derivación 4. Autorización previa	NC NC	N C NC NC
Castilla-La Mancha	L. 24 (BOE) 5/12/2002 D. 9 (DOCM) 28/01/2003	Requerir el tratamiento en un centro público/privado. La Administración queda	Castilla-La Mancha	60 días primera consulta 30 días pruebas diagnósticas 180 días cirugía programada			1. No haber rechazado la intervención 2. Incluido en el Registro de demanda 3. No haber	Tarifas fijadas anualmente en decreto por el consejo de gobierno	Sí Sí Sí

**Tabla 3. REGULACION DE LA GARANTIA DE TIEMPO MÁXIMO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

							OTROS GASTOS	
		obligada al pago de los gastos al centro.				rechazado oferta de derivación 4. Autorización previa		
Navarra	LF. 12 (BOE) 06/04/1999 O. 138 (BON) 29/09/1998	Requerir el trat. en un centro público/privado. Los gastos se imputarán al hospital en cuya lista de espera figurase el paciente.	Navarra y C.C.AA. limítrofes	180 días	Px quirúrgicos programados	1. No haber rechazado oferta de derivación 2. Autorización previa	NC	N C NC
C. Valenciana	D. 97 (DOGV) 21/05/1996 y O. 4/06/1996 (DOGV)	No desarrollado	No desarrollado	90 días	No desarrollado	No desarrollado	No desarrollado	

D : Decreto; L: Ley; LF: Ley Foral; O: Orden; Px: Procedimientos; DE: Desplazamiento enfermo; DA: Desplazamiento acompañante; HMA: Hospedaje y manutención acompañante. NC: no consta.

Fuente: Observatorio del Sistema Nacional de Salud (2004)



En general, del análisis comparado de las regulaciones sobre garantía de tiempos máximo de espera pueden concluirse los siguientes aspectos relevantes:

-Tras superar el tiempo máximo de demora los usuarios que cumplan determinados requisitos pueden acudir a un centro privado de su elección, quedando la Administración Sanitaria obligada al abono de los gastos.

-Los tiempos máximos y los procesos cubiertos por la garantía varían de unas Comunidades a otras, al igual que el nivel de detalle con que se recogen estos procesos. El plazo máximo de espera es, no obstante, común para muchas de ellas.

-La mayor parte de las CC.AA. limitan la elección a centros del propio territorio, aunque en sentido distinto Aragón lo extiende a centros de todo el Estado y Navarra a las Comunidades limítrofes.

-Los requisitos para ejercer el derecho garantizado son relativamente complejos en la mayor parte de las Comunidades y, en algunos casos, implican nuevas demoras. Estos requisitos, en términos generales, incluyen:

\* El paciente debe estar incluido en un Registro de lista de espera de la propia Comunidad Autónoma (usualmente lo incluye el propio centro que propone la intervención).

\* El paciente no debe haber rechazado previamente una oferta de intervención. La mayor parte de las CC.AA. vinculan el ejercicio de esta garantía al hecho de no haber rechazado la intervención en el centro público correspondiente, pero también se exige no haber rechazado una oferta de derivación a otro centro.

\* Rebasados los plazos, el paciente debe solicitar una autorización previa para ser intervenido en otro centro. En algunos casos, el Servicio Regional de Salud puede darse un plazo para contestar y realizar una nueva oferta de derivación.

-Los centros elegidos por el paciente son reembolsados mediante una tarifa fija para cada procedimiento. Estas tarifas suelen adoptarse sobre la base de las aplicadas a los centros concertados.

-La garantía y las tarifas no incluyen el seguimiento posterior del paciente, que se supone debería ser realizado a continuación por los mismos profesionales del SNS que indicaron la intervención en origen.

-Todas las normas incluyen la cobertura de los gastos de desplazamiento del paciente y un acompañante, al igual que las dietas de manutención y alojamiento de este último (en general, remitiéndose para todo lo relativo a las tarifas a las reglamentaciones existentes sobre dietas y desplazamientos del personal funcionario).

Navarra y Comunidad Valenciana han sido pioneras en el establecimiento de medidas normativas para garantizar tiempos máximos de acceso, si bien en este último caso queda aún pendiente el desarrollo de los aspectos clave. Únicamente Castilla-La Mancha y Navarra han publicado una Ley para regular esta cuestión, mientras que las restantes Comunidades Autónomas han optado por utilizar el Decreto o la Orden<sup>23</sup>.

### **2.3.2. Libre elección de profesionales, servicios y centros sanitarios en el SNS**

Uno de los derechos de los usuarios directamente relacionado con el acceso a los servicios y prestaciones del sistema sanitario, es el de la libre elección de profesionales y centros sanitarios. Esta posibilidad de elegir el médico y demás profesionales sanitarios titulados no se introdujo con efectos prácticos en la legislación estatal hasta la Ley General de Sanidad (art.

---

<sup>23</sup> Castilla y León, por su parte, adoptó la fórmula de un Acuerdo para aprobar su Plan de actuación.

10), en la que se determinaba la procedencia por los poderes públicos (INSALUD y CC.AA. con competencias sanitarias plenas) de aplicar, mediante el correspondiente desarrollo normativo, la facultad de elección de médico en la atención primaria del Área de Salud (art. 14), estipulándose dicho mandato como contenido mínimo o básico para las Comunidades Autónomas. Recientemente, una Ley básica estatal (la Ley 41/2002, de 14 de noviembre) ha establecido el derecho de los usuarios, tanto en la atención primaria como en la especializada, a acceder a la información previa correspondiente para elegir médico y centro, con arreglo a los términos y condiciones que han de establecer los distintos servicios de salud (art. 13). El derecho a la libre elección vuelve a mencionarse en el artículo 28 de la Ley de Cohesión y Calidad.

En el territorio de las diez Comunidades Autónomas gestionadas por el antiguo INSALUD, el desarrollo normativo necesario que se preveía en la LGS se produjo en el año 1993, en el que se publica el Real Decreto 1575/1993, que reguló la libre elección de médico general y pediatra en los servicios de Atención Primaria del INSALUD. En esta norma se hacía referencia al desarrollo de los servicios de atención primaria y a la progresiva implantación de los centros de salud como baluarte del nuevo modelo de atención, que permitieron una relación más personalizada entre médico y paciente y, además, facilitaron el efectivo ejercicio del derecho a la libre elección de médico general y pediatra.

El ámbito territorial de elección de médico general y pediatra se circunscribió al Área de Salud, o a la localidad cuando se tratase de núcleos de población superiores a doscientos cincuenta mil habitantes. A efectos prácticos, con vistas a la elección de médico general y pediatra, se establecieron grupos de población en función de la edad: menores de siete años, entre siete y catorce y mayores de catorce años. Por lo demás, no se estableció ninguna restricción, pudiéndose realizar la elección en cualquier momento sin necesidad de justificación, e incluso teniendo la posibilidad de solicitar previamente entrevista con el facultativo. También se estipuló en este Real Decreto el número óptimo y el máximo de pacientes por médico general y pediatra, así como la posibilidad de rechazar asignaciones de usuarios por parte de los facultativos bajo determinados supuestos<sup>24</sup>.

Dentro del ámbito de INSALUD y mediante la publicación del Real Decreto 8/1996, esta facultad de elección se amplió a la atención especializada, antes incluso de que el Acuerdo Parlamentario de diciembre de 1997 sobre consolidación y modernización del SNS lo aconsejara. Efectivamente, ya en este Real Decreto se prevé la posibilidad de elegir médico para la asistencia especializada en consultas externas, tanto en el hospital de referencia del Área de Salud correspondiente al usuario como en los centros de especialidades dependientes del mismo. Se prevé, sin embargo, que el derecho se ejerza de forma individual, manteniéndose al menos durante un año su vigencia, salvo causa justificada, al mismo tiempo que se citan las especialidades susceptibles de elección aunque se contempla la posibilidad de su extensión a otras en el futuro<sup>25</sup>.

Con fines organizativos, el INSALUD asignaba a cada equipo de atención primaria un médico en cada una de las especialidades citadas, que garantizaba la continuidad de la asistencia médica especializada. Asimismo, se establecía el número óptimo de personas asignadas en cada especialidad y área de salud y se contemplaba la posibilidad de rechazar adscripciones de pacientes por los facultativos, conjuntamente con la obligación de los centros y establecimientos sanitarios de facilitar información para el ejercicio de este derecho.

Al margen de la normativa propia del INSALUD, las únicas Comunidades que han desarrollado este derecho en normas específicas dedicadas a la libre elección de facultativo y/o servicio y/o

---

<sup>24</sup> Por ejemplo, superar el cupo máximo, que el facultativo alegase razones consideradas justificadas por la Inspección, o el hecho de que el ciudadano eligiese un facultativo destinado a una Zona Básica de Salud distinta a la de su adscripción -en cuyo caso se precisaba la previa conformidad del profesional para asegurar la atención domiciliaria-.

<sup>25</sup> Cardiología, Cirugía General y del Aparato digestivo, Dermatología, Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Neumología, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Cirugía Ortopédica y Urología.

centro son Andalucía y Navarra, ambas en detalle y de forma separada para el ámbito de la atención primaria y de la especializada.

Andalucía, que recoge este derecho en la ordenación de servicios de Atención Primaria<sup>26</sup> (Decreto 195/1985), fue la primera Comunidad que dictó un Decreto, una Orden y una Resolución<sup>27</sup> mediante los que se regulaba la libre elección de médico general y pediatra. Un problema de tipo formal, en concreto un defecto de procedimiento, derivó en la anulación por sentencia de esta normativa. Fue en 1997 cuando se publicó el decreto por el que se regulaba la libre elección de médico especialista y hospital para las siguientes actuaciones: consultas programadas médicas y quirúrgicas; procedimientos terapéuticos médicos y quirúrgicos, y Servicios y Unidades de diagnóstico para aquellas pruebas que fueran indicadas por el facultativo responsable. Con posterioridad, se reelaboró el decreto para la elección de médico general y pediatra (Decreto 60/1999, de 9 de marzo). Asimismo, y con mayor rango normativo, se estableció la libre elección de profesionales sanitarios, servicio y centro a través de la Ley de Salud de Andalucía de julio de 1998.

Dos normas posteriores regulan en Andalucía la aplicación de este derecho en el ámbito de la gestión sanitaria, adaptando las retribuciones de determinado personal de atención primaria (Decreto 260/2001; también relativo a la tarjeta sanitaria) y estableciendo tanto la efectividad del carácter individual de la libre elección como su gestión por la base de datos de usuarios del sistema sanitario público de la Comunidad (Orden de 27 de febrero de 2002).

Por su parte, Navarra publicó en 1990 la Ley foral 10/1990, de 23 de noviembre (modificada por las Leyes 2/1994 y 2/2002) en la que describió con detalle el derecho a la libre elección de médico, pediatra, tocoginecólogo y psiquiatra, centro y servicio hospitalario de la Red Asistencial Pública (no siendo aplicable el derecho a los centros concertados). Posteriormente elaboró una norma de contenido específico para este derecho (Decreto 244/1994) en el ámbito de la atención primaria, que pormenoriza a lo largo de nueve artículos los detalles del ejercicio de este derecho de forma similar a la norma de ámbito INSALUD anteriormente citada. Con posterioridad se extiende esta posibilidad de elección al médico especialista (Decreto 241/1998, desarrollado por Orden de 28.9.98), con una particularidad destacable, que consiste en atribuir al médico de atención primaria del Servicio Navarro de Salud, de acuerdo con el paciente, la elección de médico especialista. Por Decreto 259/1997 se desarrolla el derecho a la libre elección de especialista en obstetricia y ginecología en los Centros de Atención a la mujer, detallándose ulteriormente en el Decreto 122/2002, junto con la ampliación de la libre elección de médico general y pediatra en determinadas Zonas Básicas de Salud.

El País Vasco, también en 1990, dictó una Orden de elección de hospital y servicio especializado, pero de limitado alcance. Años más tarde, ya en 1998, regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria a través de un decreto que también regula el uso de la tarjeta individual sanitaria.

Finalmente, Cataluña ha regulado de forma reciente (2003) la libre elección de médico general y pediatra, ampliando el ámbito de elección a todo el territorio de la Comunidad Autónoma, pero restringiendo el ejercicio efectivo del derecho en algunos casos especiales (por ejemplo, para la prestación de atención domiciliaria).

El resto de las Comunidades hasta la fecha no han dictado ninguna norma específica sobre esta materia, si bien en su gran mayoría citan o describen sucintamente este derecho ya sea en las Leyes de Salud o de Ordenación Sanitaria, o bien en las de creación del Servicio de Salud. A este respecto, Galicia comenzó en enero de 1989, indicando únicamente que el Servicio de Salud facilitaría la libre elección de médico y centro dentro de los existentes en su demarcación territorial, viéndose reflejado también este derecho en la Ley de Ordenación Sanitaria (2003). Le siguen Cataluña (1990), La Rioja (1991)<sup>28</sup>, Asturias (1992), Castilla y León (1993), Canarias (1994), País Vasco (1997), Castilla-La Mancha (2000), Extremadura y Madrid

---

<sup>26</sup> También lo cita en la actualización del Mapa Sanitario en Orden de junio de 2002.

<sup>27</sup> Septiembre, octubre y diciembre de 1994, respectivamente.

<sup>28</sup> La redacción del artículo correspondiente en la Ley riojana coincide textualmente con el de la Ley Navarra de noviembre de 1990.

(ambas en 2001), Aragón y Cantabria (ambas en 2002), y por último la Comunidad Valenciana y Baleares (2003). Destaca en este sentido el caso especial de Murcia, ya que sólo remite en su artículo 3 de la Ley de Salud de Julio de 1994 a los derechos que, en general, se reconocen a los ciudadanos en la Ley General de Sanidad y demás normativa de aplicación.

Por otra parte, también la gran mayoría de Comunidades Autónomas recogen en las Leyes de Salud, en el apartado concerniente al derecho a la información del ciudadano, la facultad de disponer de una carta derechos y deberes del paciente, entre los que se cita el de libertad de elección de facultativo. La inmensa mayoría de las CC.AA. no da publicidad a estas cartas de derechos y deberes, difundiéndose de forma interna y no a través de una norma de obligada publicación en el Boletín de la Comunidad. No obstante, existen excepciones como el caso del País Vasco, pionero en la regulación de derechos y deberes, que en el Decreto 175/1989 aprobaba la correspondiente carta de derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud. En él se recoge el derecho a elegir médico de cabecera y pediatra, en los términos establecidos en el Decreto 252/1988 que implanta la tarjeta individual sanitaria, y Hospital y Servicio especializado. Por su parte, Castilla y León lo hizo mediante la Ley sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud<sup>29</sup>. En el caso de la Comunidad Valenciana se incluyó en una Ley más general, que regula los derechos y la información suministrada al paciente, de enero de 2003.

En resumen, del análisis de las normas que han dictado las Comunidades Autónomas (véase anexo legislativo), destacan los casos de Navarra y Andalucía por el pormenorizado desarrollo y la extendida aplicación de este derecho. En el extremo opuesto se encuentra la Comunidad Autónoma de Murcia. No obstante, el desarrollo normativo autonómico en relación con el derecho de libre elección está claramente condicionado por la fecha de asunción de las competencias sanitarias de cada una de las CC.AA. Además, la gran mayoría de los legisladores autonómicos han desarrollado esta facultad de elección una vez que lo ha hecho el Estado. En términos generales, y en lo relativo a la extensión objetiva del derecho, falta por desarrollar en mayor medida la posibilidad de elección de especialista y hospital, mucho menos extendida que la posibilidad de opción en el ámbito de la atención primaria.

#### **2.4. Nuevos derechos de los pacientes**

La importancia que tienen los derechos de los pacientes, como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, se ha puesto reiteradamente de manifiesto en la normativa nacional e internacional. Los últimos estudios de opinión indican, además, la mayor implicación de los pacientes en los procesos de toma de decisiones sanitarias que les afectan<sup>30</sup>. Este cambio de mentalidad del paciente, además de reflejarse en la legislación estatal y autonómica, se ha plasmado en otros documentos, como la *Declaración de Barcelona de las organizaciones de pacientes*, un texto sin precedentes elaborado por representantes de más de medio centenar de asociaciones de pacientes de representatividad nacional, a partir de las conclusiones de seis grupos de trabajo reunidos en Barcelona en mayo de 2003<sup>31</sup>. Las principales conclusiones de la Declaración de Barcelona pueden resumirse en la necesidad de una información de calidad desde una pluralidad de las fuentes, así como en la mejora de la comunicación con el médico, sin olvidar una mayor participación del paciente en las decisiones sobre su propia salud y sobre las prioridades en la asistencia sanitaria. Todo ello, por supuesto, englobado en un marco jurídico de garantías de sus derechos.

La aportación estatal a la regulación de estos nuevos derechos -tras la formulación genérica que aparece en la Ley General de Sanidad y la adhesión al Convenio del Consejo de Europa el 4 de abril de 1997- se inicia con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de los derechos de información y documentación clínica que, posteriormente, se verá consolidada con la Ley de Cohesión y Calidad de 2003. Ambas leyes imponen a los Servicios de Salud la obligación de informar a sus ciudadanos de todos sus derechos y deberes, abarcando esta obligación tanto a los recogidos en las leyes básicas

<sup>29</sup> Art. 38 de la Ley 8/2003, de 8 de abril.

<sup>30</sup> Entre otros, véase Fundación Biblioteca Josep Laporte (2003).

<sup>31</sup> Para más información: [www.webpacientes.org](http://www.webpacientes.org)

estatales como a los establecidos en las correspondientes normas autonómicas. La Ley 41/2002 establece un doble orden de obligaciones a las CC.AA.: por un lado, la adaptación a la Ley del Estado, en la medida en que fuese necesario, de las normas dictadas por las Comunidades Autónomas en esta materia; y, por otro, la necesidad de establecer un desarrollo efectivo de la Ley, que permita el correcto ejercicio de los derechos de los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Una de las principales y más interesantes consecuencias de lo establecido en la Ley básica es la capacidad que se otorga al ciudadano, por vez primera en la legislación estatal, de solicitar una segunda opinión sobre su proceso.

#### **2.4.1. El derecho a la segunda opinión médica**

En la legislación estatal, la primera referencia al derecho a una segunda opinión médica dentro del sistema sanitario público la encontramos explícitamente enunciada en el artículo 4.a) de la Ley de Cohesión y Calidad, que lo recoge como una garantía de calidad de las prestaciones sanitarias en relación con lo dispuesto en el artículo 28.1 de la misma norma, si bien corresponde a las CC.AA. su determinación “en los términos que reglamentariamente se establezcan”<sup>32</sup>. Hasta el momento, todas las CC.AA. salvo Asturias y Murcia han recogido en su normativa sectorial alguna referencia al derecho del paciente a una segunda opinión facultativa dentro del sistema público sanitario, ya sea en sus Leyes de Salud y/o en las Leyes que vienen dictándose en los dos últimos años sobre derechos de información de los pacientes. Curiosamente, en algunos casos se refleja en las Cartas de Derechos y Deberes que distribuyen los Servicios de Salud, sin que se publiquen formalmente, como sucede en el caso de Cataluña.

Del conjunto de Comunidades Autónomas destacan Andalucía y Extremadura, por haber regulado de una forma más pormenorizada este derecho ya que, al margen de reflejarlo como tal en su Ley de Salud, han dictado una reglamentación específica para su puesta en práctica<sup>33</sup>. Asimismo destacan Navarra y País Vasco, por ser las primeras CC.AA. que reconocen el derecho a la segunda opinión<sup>34</sup>. En el caso de Navarra se repite la fórmula utilizada para la libre elección de facultativo en lo relativo a la decisión y elección del especialista que ha de aportar la segunda opinión, ya que éstas se otorgan al médico de Atención Primaria. Según el Decreto Foral 241/1998, cuando existan causas que lo justifiquen –si bien éstas no se especifican- y se considere oportuna una segunda opinión, el médico de Atención Primaria, bien por propia iniciativa bien a petición del propio paciente, podrá elegir entre los especialistas del Servicio Navarro de Salud. Por consiguiente, el derecho a la segunda opinión va ligado estrechamente con el de libre elección de facultativo, incluyéndose incluso en la norma reguladora de este último.

El carácter que la legislación autonómica concede a este derecho va ligado en la mayoría de los casos a las garantías de información y calidad asistencial, como elemento de fortalecimiento de la relación médico-paciente. Sin embargo, ni la propia Ley Básica estatal ni las autonómicas sobre derechos de información y autonomía del paciente, como es el caso de Cataluña (Ley 21/2000 de 29 de diciembre), recogen siquiera una mención al derecho a la segunda opinión.

---

<sup>32</sup> Obsérvese que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, aunque tiene la categoría de norma básica y regula específicamente los derechos de información y documentación clínica, no menciona específicamente este derecho a la segunda opinión médica. En igual sentido, tampoco lo recogió la Ley General de Sanidad.

<sup>33</sup> Para el caso de Andalucía, véase el Decreto 127/2003, de 13 de mayo, y Resolución de 15 de julio de 2003. Por su parte, Extremadura también regula de forma específica este derecho, pero ya en el año 2004 (Decreto 16/2004, de 26 de febrero, de segunda opinión médica en Extremadura).

<sup>34</sup> Nuevamente debe señalarse el mimetismo que se da en la regulación de La Rioja respecto de la de Navarra.

## 2.4.2. Garantías de información y documentación clínica

Sin perjuicio de los principios generales que recogía la Ley General de Sanidad (LGS) en torno a los derechos básicos de los usuarios del sistema sanitario, los antecedentes más recientes en la normativa estatal, por lo que afecta a los derechos de información y documentación clínica, los encontramos en el R.D. 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que contempla la obligación de los Servicios de Salud de informar a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones a las que pueden acceder, de la forma de acceso a las mismas y de los informes relativos a su proceso asistencial e historia clínica.

La atención que la LGS dedicó en su día a la humanización de la medicina, los derechos y deberes de los pacientes, la historia clínica, etc., supuso un enorme avance con respecto a la normativa anterior, pero tras su entrada en vigor todas estas materias fueron objeto de matizaciones y ampliaciones por normas de muy distinto rango, tanto de ámbito estatal como autonómico, lo que exigía una reforma y actualización de toda esta normativa<sup>35</sup>.

La Ley 41/2002 viene a cubrir estas necesidades, desarrolla las previsiones que la Ley General de Sanidad estableció anteriormente como principios generales y completa, respecto a la garantía de la intimidad, lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal<sup>36</sup>. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente, al mismo tiempo que trata en profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales -subrayando especialmente la consideración de los derechos de los pacientes a este respecto- y, además, señala el derecho inequívoco del paciente a conocer "toda la información disponible" relativa a su salud.

Al margen de lo ya mencionado, las novedades más importantes de la Ley básica, que afectan al desarrollo posterior que han de llevar a cabo las Comunidades Autónomas, giran en torno a las siguientes cuestiones:

- ✓ Instrucciones previas.
- ✓ Consentimiento informado.
- ✓ Información asistencial e información epidemiológica.
- ✓ Información en el Sistema Nacional de Salud: Cartas de Derechos y Deberes.
- ✓ Historia Clínica.
- ✓ Informe de Alta.

La entrada en vigor en mayo de 2003 de la Ley 41/2002 ha supuesto la derogación de la LGS en lo que afecta a los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10, así como del apartado 4 del artículo 11 y de lo regulado en el artículo 61 (derechos de información, documentación y libre elección, opciones, consentimiento informado y regulación de la historia clínica), y también habrá de suponer en un futuro la adaptación de la normativa autonómica previa a la misma en todo lo que resulte afectada<sup>37</sup>. Con ello, se pretende asegurar a todos los ciudadanos las mismas garantías, especialmente en el terreno de la información y documentación clínica, cualquiera que sea el lugar en el tengan su domicilio y reciban la asistencia sanitaria. Es necesario destacar que por tratarse de una Ley básica -cuyo contenido puede ser desarrollado por las Comunidades Autónomas, pero siempre respetando el carácter básico de los mandatos estatales- reduce considerablemente la capacidad normativa de las Comunidades Autónomas, algunas de las cuales ya habían regulado mediante disposiciones autonómicas total o parcialmente las cuestiones que ahora se contemplan en esta Ley.

<sup>35</sup> Artículo 10, 1-14, Art.11 y Art. 61 de la LGS, que establecen el máximo respeto a la dignidad personal e individual, a la libertad del paciente, y a la garantía de confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan, y sin ningún tipo de discriminación.

<sup>36</sup> Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

<sup>37</sup> Así lo establece la Disposición Adicional Primera de esta Ley 41/2002. Sin embargo, el Parlamento de Cataluña decidió por mayoría de todos los grupos políticos, a excepción del PP, llevar dicha Ley al Tribunal Constitucional (Resolución 1672/VI, de 13 de febrero de 2003), por entender que no es legítimo ese carácter básico para los artículos 14.2, 17.4 y 21.1, al no respetar las competencias autonómicas (ver Diario Médico del 28 de febrero de 2003).

### 2.4.2.1. Instrucciones previas y consentimiento informado

Se admite públicamente que la propia Ley estatal 41/2002, al igual que las del resto de CC.AA. en la materia, han encontrado su modelo en la Ley catalana 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica. En este orden de cosas, una de las cuestiones más novedosas de la Ley catalana, que trae su causa directa del Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina, que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000, es el documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas. La Ley de Autonomía de los Pacientes, en su artículo 11.1 recoge este derecho y lo conceptúa como el documento por el que una persona mayor de edad, libre y capaz, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente sobre el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como su interlocutor con el médico o el equipo sanitario y con el fin de procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

En la regulación de las voluntades anticipadas, el artículo del Convenio de Oviedo que lo contempla se ubica dentro del Capítulo II, dedicado al consentimiento y, por lo tanto, la naturaleza jurídica de las voluntades anticipadas es idéntica a la del consentimiento informado, comprendiendo no sólo las situaciones de urgencia en que existe riesgo inmediato grave para la integridad del enfermo, sino también aquellas situaciones en las que el individuo ha previsto que podrá ser incapaz de dar un consentimiento válido -como en los casos de enfermedad progresiva o demencia senil-. A diferencia del consentimiento informado -en que la regla general es que se presta verbalmente, siendo necesario sólo por escrito en determinados supuestos previstos en la Ley-, el de las instrucciones previas debe constar siempre por escrito, pudiendo ser revocado libremente y en cualquier momento, pero con el requisito formal de que debe dejarse constancia de ello igualmente por escrito.

En lo que se refiere a la forma de las instrucciones previas, corresponde determinarla a las Comunidades Autónomas a través de cada Servicio de Salud, que regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona. En este sentido, Andalucía ya ha establecido con soporte informático, el "Registro de Voluntades Vitales Anticipadas", donde se recogen la totalidad de las declaraciones de voluntades vitales anticipadas realizadas por los ciudadanos, a las que sólo el médico que está atendiendo al paciente en ese momento crítico podrá tener acceso, y siempre que éste no pueda expresar su voluntad por sí mismo.

En todo caso, habrá de respetarse el requisito de su constancia por escrito y, además, para asegurar su eficacia en todo el territorio nacional, la Ley básica estatal prevé la creación de un Registro Nacional de Instrucciones Previas en el Ministerio de Sanidad, cuyas normas serán objeto de acuerdo por el Consejo Interterritorial.

De la regulación legal vigente -estatal y autonómica- del documento de voluntades anticipadas, resulta claro que no pueden tenerse en cuenta y carecen de validez las previsiones contrarias al ordenamiento jurídico. Por consiguiente, la eutanasia carece de virtualidad por estar castigada por el vigente Código Penal, no considerándose la posibilidad de que los órganos legislativos de las Comunidades Autónomas puedan dictar normas jurídicas contrarias a lo dispuesto en el mismo<sup>38</sup>. Pero lo que no resultaba ya tan claro, ni en la Ley catalana ni en la estatal, era la nulidad de las voluntades anticipadas por contener previsiones contrarias a la buena práctica clínica (De Lorenzo, 2003): un sector doctrinal entiende que la razón de ser de tal excepción hay que encontrarla en el Código de Deontología Catalán y en el Código de Ética

---

<sup>38</sup> Debe puntualizarse a este respecto que la regulación de las instrucciones previas en la Ley Catalana de 21 de diciembre de 2000 motivó un arduo debate entre los grupos políticos presentes en el Parlamento Catalán sobre las implicaciones jurídicas de las mismas. Así, mientras los partidos de izquierda consideraron que la nueva Ley suponía una despenalización de la eutanasia pasiva, el Partido Popular entendió que dicha normativa no se refería a tal supuesto.

y Deontología Médica aprobado por la OMC de 1999 (art. 225); sin embargo, otro sector considera que la inaplicación de las instrucciones previas contrarias a la *lex artis* se justifica debido a la posibilidad de que tales deseos se hayan expresado mucho tiempo antes de la intervención y la ciencia haya podido avanzar desde entonces, pudiendo existir un desfase entre las voluntades plasmadas en el documento y las posibilidades que pueda ofrecer la medicina, estando justificado en tal caso que no se respete la voluntad del paciente.

Ya se ha comentado que la Ley Catalana sobre derechos de información relativos a la salud, la autonomía de los pacientes y la documentación clínica, fue la primera norma autonómica que reguló las instrucciones previas (diciembre de 2000, con entrada en vigor, en enero 2001), incluyéndose en la regulación de la parte relativa a la autonomía de los pacientes este derecho -que comúnmente se conoce como testamento vital- y que significó la novedad más destacada de la Ley, por ser la primera vez que se recogió en el ordenamiento jurídico en el Estado español. A este texto, y en idéntico sentido, le ha seguido la Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, que define las voluntades anticipadas como el documento formalizado en que una persona expone las instrucciones que se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad.

En Extremadura, la Ley 10/2001 de 3 de julio, reproduce íntegramente el contenido de la norma catalana. Por su parte, Aragón en la Ley 6/2002, de 15 de abril, hace lo mismo con la Ley gallega. La Comunidad Foral de Navarra publicó en 2002 la Ley sobre derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. También en el País Vasco (diciembre 2002), Comunidad Valenciana (enero 2003) y Andalucía (octubre 2003, Ley 5/2003, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada) se publicaron leyes específicas de declaración de voluntad vital anticipada y de derechos de información. En este grupo también debe citarse la Comunidad de Castilla y León, que cuenta con una Ley de derechos y deberes de marzo de 2003, en la que igualmente se incluye esta previsión.

Por el contrario, otro grupo de Comunidades (integrado por Madrid, La Rioja, Cantabria y Baleares) optaron por recoger este derecho en sus Leyes de Salud publicadas en los últimos tres años. Finalmente, cabe comentar que no se ha localizado hasta el momento ninguna referencia legislativa de las Comunidades Autónomas de Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha o Murcia al reconocimiento de este derecho (véase anexo legislativo).

En cuanto a la forma a seguir en el otorgamiento de las instrucciones previas, la mayoría de las normas autonómicas reguladoras de esta materia dictadas hasta el momento coinciden en permitir una doble opción: la primera, ante notario y sin necesidad de testigos; la segunda, ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad. Las diferencias a destacar se corresponden con las regulaciones de: La Rioja, que exige que la voluntad anticipada se formalice mediante documento notarial, en presencia de tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar; la Comunidad Autónoma del País Vasco, en la que se permite otorgar el documento de voluntades anticipadas ante el funcionario o empleado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas; y, sobre todo, Andalucía, que ha regulado de forma muy reciente este derecho, y que ha establecido como único requisito de validez -además de la capacidad del otorgante- que sea inscrita en el Registro de Voluntades Anticipadas de Andalucía que se crea al efecto (evitando, por un lado, tener que recurrir a terceros -como son los testigos o fedatarios públicos- y, por otro, poder garantizar la efectividad de la declaración, haciéndola accesible para los responsables de su atención sanitaria)<sup>39</sup>.

La gran mayoría de Comunidades prevé la incorporación del documento de voluntades anticipadas a la historia clínica del paciente, aunque también se está generalizando la creación de Registros autonómicos que habrán de coordinarse con el Registro Nacional que la Ley estatal ha previsto crear en el Ministerio de Sanidad. Hasta el momento tales registros autonómicos se han constituido en Cataluña (Decreto 175/2000), Andalucía (Ley 5/2003),

---

<sup>39</sup> *Para garantizar su eficacia Andalucía ha establecido -como innovación- la obligatoriedad de consulta al citado Registro por parte de todo el personal sanitario responsable de la atención a una persona que se encuentre en una situación que le impida tomar decisiones por sí misma.*



Aragón (Decreto 100/2003), Navarra (Decreto Foral 140/2003) y País Vasco (Decreto 270/2003).

Un estudio reciente (Santos, 2003) da a conocer la actitud de una muestra de pacientes ambulatorios acerca del documento de voluntades anticipadas (DVA). La encuesta realizada en dicho estudio revela que la población de referencia (132 usuarios de una consulta de atención primaria de Palma de Mallorca) está claramente a favor del DVA, al mismo tiempo que se observa una amplia intención de formalizarlo; además, muestra el deseo de los pacientes de tratar el tema con sus familiares y médicos de familia. En definitiva, la encuesta revela que la legalización del DVA ayudaría a pacientes y médicos a hablar abiertamente sobre los cuidados al final de la vida.

El consentimiento informado, como otra manifestación del derecho a la autonomía de la voluntad, es también objeto de regulación por la nueva Ley básica estatal que introduce una novedad importante respecto de la Ley General de Sanidad: la aceptación, como regla general, del consentimiento verbal, al margen de las excepciones que se establecen (intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y/o que supongan riesgos o inconvenientes notorios y previsibles). Esta circunstancia, aparte de la exigencia de consentimiento escrito para cada una de las actuaciones en las que se pueda exigir, habrá de reflejarse en la legislación autonómica que se dicte al efecto. Así, las últimas normas publicadas por las Comunidades Autónomas recogen estas novedades respecto del consentimiento informado que, por otra parte, venían demandándose desde hacía tiempo por los profesionales del Derecho y de la Medicina<sup>40</sup>.

#### **2.4.2.2. Información asistencial y epidemiológica.**

La Ley Básica dedica su Capítulo II a la regulación del derecho a la información sanitaria y, en especial y dentro de ella, al derecho a la información asistencial y al derecho a la información epidemiológica, constituyendo este último una referencia novedosa en nuestro ordenamiento jurídico. Al margen de este aspecto, quizá la diferencia más importante entre la regulación de la información contenida en esta Ley y la establecida en la Ley General de Sanidad estriba en que ésta última preveía que la información debía ser “completa, continuada, verbal y escrita”, mientras que en la nueva Ley, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 5 del Convenio de Oviedo, se establece que la persona deberá recibir una “información adecuada”.

La nueva Ley recoge con esta acepción de la información una de las propuestas de modificación legislativa más firmemente sentidas por la doctrina científica, que había suscitado múltiples problemas de cumplimiento estricto de la Ley al tiempo que había constituido una fuente de responsabilidad profesional de los facultativos, dado que una información completa en los términos de la LGS, además de tratarse de una imposición legal de imposible cumplimiento, resultaba contraproducente para el propio paciente en muchos casos (de Lorenzo, 2003).

Según la Ley 41/2002, la información deberá proporcionarse en términos comprensibles para el paciente o para las terceras personas a las que vaya dirigida y, como regla general, se hará verbalmente, dejando constancia de la misma en la historia clínica. Además, se reconoce expresamente, como parte integrante del derecho a la información, el derecho a que se respete la voluntad del paciente a no ser informado, es decir *el derecho a no saber*. En este punto la Ley básica reconoce por vez primera en la legislación estatal un derecho ya consagrado anteriormente en las Leyes autonómicas, como sucede en el caso de Cataluña, Galicia, Extremadura, Madrid, Aragón y Navarra<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Véase, entre otras: Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria (art. 30), Ley de Salud de La Rioja (art. 6); Ley de Salud de Aragón (art.12), y Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (art. 12).

<sup>41</sup> Entiéndase Leyes de Salud o de Derechos de Información según los casos. Véase anexo legislativo al final de este apartado.

Todas las Leyes de Salud o de Ordenación Sanitaria de las Comunidades Autónomas -excepto Murcia, que remite a la Ley General de Sanidad, ya derogada- recogen la garantía de ejercicio del derecho, mientras que las más recientes -como la de Cantabria, Aragón, Comunidad Valenciana, Navarra y La Rioja- desarrollan extensamente todos los aspectos recogidos en la Ley básica estatal, que incluye la información epidemiológica, entendiéndose por tal el derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, lo que exigirá de las autoridades sanitarias la elaboración del marco normativo adecuado para llevarlo a efecto.

Cuatro Comunidades Autónomas dedican al derecho de información una Ley específica: Cataluña (pionera en diciembre de 2000), Galicia (centrada fundamentalmente en la información como presupuesto del consentimiento informado<sup>42</sup>), Navarra y Comunidad Valenciana.

#### **2.4.2.3. Información en el Sistema Nacional de Salud: Cartas de Derechos y Deberes.**

Además de lo anterior, la Ley básica regula de forma más precisa que lo establecido en la Ley General de Sanidad el derecho a la información en el Sistema Nacional de Salud, asunto éste de gran interés. La información aquí referida no es estrictamente sanitaria, sino de carácter administrativo, relativa a los servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a ellos. Este derecho, reconocido a los usuarios y pacientes, posibilitará la puesta en práctica de otros que ya se han analizado -como la libertad de elección de médico y centro, el conocimiento de las listas de espera, la segunda opinión, etc-. Se trata de un asunto de gran calado que obliga a las Comunidades Autónomas a erigir un sistema organizativo importante para hacer frente a todas las obligaciones establecidas.

La forma de garantizar el ejercicio de este derecho a los pacientes o usuarios consiste en la obligatoriedad impuesta a todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas de disponer en todos los centros de una guía o carta de servicios, en la que se indiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales de cada centro o servicio, etc, así como el procedimiento para emitir sugerencias o reclamaciones. A este respecto, un número muy limitado de Comunidades Autónomas (Castilla y León y País Vasco) han publicado hasta el momento estas cartas de derechos y deberes mediante una norma de carácter legal o reglamentario, mientras que la gran mayoría ha optado por editarlas para conocimiento interno y por ponerlas a disposición de los profesionales en los centros y servicios sanitarios de la Comunidad. Algunas, como Cataluña, ofrecen esta información a través de Internet.

#### **2.4.2.4. Historia clínica y documentación clínica.**

La insuficiencia normativa de la Ley General de Sanidad en lo relativo a todas las cuestiones que se planteaban sobre la historia clínica, provocó una proliferación de normas autonómicas reguladoras de esta materia que dieron lugar a sistemas de información y documentación clínica heterogéneos. Con la Ley básica, además de disponer de un concepto básico y de un contenido mínimo que habrá de ser respetado y desarrollado por las Comunidades Autónomas, se impone la coordinación de las historias clínicas mediante la implantación de un sistema de compatibilidad en todo territorio nacional que posibilite su uso por los centros asistenciales de todo el país que atiendan a un mismo paciente, de modo tal que se evite someter a un paciente atendido en diversos centros a exploraciones y procedimientos ya realizados<sup>43</sup>. Igualmente, la Ley establece que las administraciones sanitarias establecerán aquellos mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

---

<sup>42</sup> La Ley gallega recoge una particularidad no prevista en la Ley básica estatal: el carácter previo de la información, de modo que al proporcionarse con antelación suficiente el paciente pueda reflexionar y decidir libremente (art. 8.3).

<sup>43</sup> Disposición Adicional Tercera de la Ley 41/2002. Además, y en opinión de Méjica (2003), sería aconsejable conseguir un marco legal común de la historia clínica en Europa, pues no puede desconocerse la evolución del Derecho Comunitario hacia la armonización futura del Derecho civil.

Hasta al momento cuatro Comunidades Autónomas –Cataluña, Galicia, Navarra y Comunidad Valenciana- han regulado específicamente mediante una Ley la temática relativa a la historia clínica y otra documentación clínica. Cataluña, pormenorizadamente además, ha sido la primera Comunidad en regular todos los aspectos que se recogen después en la Ley básica estatal (definición, contenido, custodia y conservación, usos y acceso a la documentación), al mismo tiempo que también ha puesto en marcha un sistema de uso compartido de la historia clínica entre los centros asistenciales<sup>44</sup>. Otras Comunidades Autónomas han previsto iniciar asimismo un sistema de características similares.

En el caso de Navarra se han regulado también en profundidad todos los aspectos relativos a la historia clínica, habiendo adaptado su norma –anterior a la básica estatal- a los contenidos de la Ley 41/2002<sup>45</sup>. Por otro lado, la Comunidad Valenciana ha llevado a cabo un extenso desarrollo de la historia clínica en una norma específica, que sigue muy fielmente los contenidos mínimos de la Ley estatal<sup>46</sup>.

El País Vasco, de forma pionera y mucho antes de que se publicara la Ley estatal, aprobó en 1986 un Decreto para regular el uso de la historia clínica en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma, que modificó en lo que afecta a la valoración, conservación y expurgo de documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias clínicas hospitalarias, mediante otro Decreto de 1998. Más recientemente, el Servicio Vasco de Salud ha puesto en marcha, mediante la creación de una Comisión de Documentación Clínica, el establecimiento de líneas estratégicas futuras en materia de historia clínica electrónica y otros aspectos relacionados con la documentación clínica.

Otras CC.AA. recogen en sus Leyes Generales de Salud esta cuestión con distinto grado de desarrollo: Aragón (arts. 16 a 19); Baleares (art. 14); Cantabria (art. 41); La Rioja (art. 11) y Castilla y León (art. 39 de la Ley de Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud). No se ha localizado, sin embargo, ninguna regulación específica sobre contenido y gestión de la historia clínica en otras Comunidades Autónomas tales como Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha (salvo en lo que se refiere al derecho de acceso del paciente), Extremadura, Madrid o Murcia que, por consiguiente, habrán de respetar en su futuro desarrollo normativo el contenido mínimo de la historia clínica que se recoge en el artículo 15.2 de la Ley estatal de 2002 y, asimismo, habrán de aprobar las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios ubicados en su ámbito territorial adopten las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas, así como los métodos de acceso a las mismas.

Una cuestión que ha suscitado dudas en este ámbito es el de la conservación de la documentación clínica, ya que los centros sanitarios tiene la obligación de conservar dicha documentación en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad -aunque no necesariamente en el soporte original- para la debida asistencia al paciente, durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, durante cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial. Se trata de un plazo mínimo, por encima del cual han establecido las Comunidades Autónomas, en algunos casos, plazos más elevados. Por ejemplo Cataluña, en la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, de derechos de información y documentación clínica, establece un período mínimo de conservación de hasta 20 años después de la muerte del paciente, si bien se pueden destruir determinados documentos no relevantes, una vez transcurridos 10 años desde la última atención. Navarra, que había previsto este mismo período en Ley Foral 11/2002, de 26 de mayo, ha dictado una Ley posterior que modifica este aspecto y adapta los plazos a la Ley básica estatal<sup>47</sup>. En este orden de cosas, la Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, distingue entre documentos que se conservarán indefinidamente y el resto de la información, que ha de conservarse al menos hasta que transcurran 5 años desde

---

<sup>44</sup> Resolución de 18 de julio de 2001. DOGC de 25 de julio.

<sup>45</sup> Ley foral 11/2002, de 6 de mayo.

<sup>46</sup> Ley 1/2003, de 28 de enero. Previamente había dictado el Decreto 56/1988, de 25 de abril, sobre obligatoriedad de la historia clínica única y la Orden de 14 de septiembre de 2001 para regular la historia clínica hospitalaria y su conservación.

<sup>47</sup> Ley Foral 29/2003, de 4 de abril.

la última asistencia prestada o desde el fallecimiento. Lo mismo ocurre en el País Vasco con respecto a la historia clínica hospitalaria (mediante un Decreto de 1988 que todavía sigue en vigor), y en la Comunidad Valenciana, que se adapta a lo establecido en la Ley básica estatal.

Finalmente, también se regula de forma novedosa en la Ley básica 41/2002 el informe de alta y otra documentación clínica, al haberse derogado el artículo correspondiente de la Ley General de Sanidad. La Ley de 2002 distingue entre el alta del paciente en el caso de que éste no acepte el tratamiento prescrito, y el alta del paciente en el caso de que se hayan acabado las posibilidades de actuación terapéutica. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las administraciones sanitarias autonómicas, señalándose en la Ley sus contenidos mínimos (artículo 20) y regulándose igualmente la emisión de certificados médicos, que serán gratuitos cuando así lo disponga una norma legal o reglamentaria (artículo 22).

El tratamiento legislativo del “informe de alta” en las Comunidades Autónomas corre paralelo al de la historia clínica, si bien está menos desarrollado. Así, todas las Comunidades Autónomas, a excepción de Murcia<sup>48</sup>, recogen en sus Leyes de Ordenación Sanitaria el derecho del paciente a recibir un informe de alta al finalizar su proceso asistencial. Sin embargo, el mayor desarrollo corresponde, por un lado, a las cuatro Comunidades que han dictado una Ley específica sobre información y documentación clínica (Cataluña, Galicia, Navarra y Comunidad Valenciana) y, por otro, a las Comunidades Autónomas de La Rioja, Aragón y Cantabria, que reflejan más detalle a este respecto en sus Leyes de Salud.

## **2.5. Garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos.**

Se puede afirmar que lo que verdaderamente determina la efectividad de los derechos de los pacientes y usuarios en el Sistema Sanitario Público es la posibilidad de exigirlos ante una instancia u organismo que responda por ello<sup>49</sup>. En este apartado se analizarán los sistemas que han previsto en su normativa las distintas Comunidades Autónomas para desarrollar el derecho de los ciudadanos a utilizar las vías de reclamación y proponer sugerencias en los plazos previstos, recibiendo respuesta por escrito, según consagró el artículo 10.12 de la Ley General de Sanidad aún en vigor, pues la posterior publicación de las Leyes de Cohesión y Calidad y de Autonomía de los Pacientes no ha alterado ni desarrollado su contenido. Esta última norma establece la obligación de los Servicios de Salud de disponer en los centros y servicios sanitarios de guías sobre reclamaciones, al igual que dispone que cada Servicio de Salud deberá regular los procedimientos y sistemas para garantizar su efectivo cumplimiento<sup>50</sup>.

En el ámbito de la normativa sanitaria, la presentación de reclamaciones y sugerencias se integra ya en los primeros diseños de cartas de derechos y deberes, que sirvieron a su vez de precedente directo del artículo 10.12 de la LGS. Este artículo concibe la posibilidad de reclamar como un derecho autónomo del ciudadano y, además, como garantía de protección de los que le son reconocidos<sup>51</sup>. La regulación de este derecho puede encontrarse en la legislación general de la Seguridad Social y en las normas dirigidas a determinar el funcionamiento interno de los centros de atención primaria y hospitales. En un primer momento, la normativa reguladora de los centros de asistencia primaria y especializada ha venido considerando, en su aspecto organizativo, el establecimiento de los dispositivos necesarios para que los usuarios

---

<sup>48</sup> No se ha localizado información al respecto en este caso, si exceptuamos su inclusión en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), por Decreto 34/1999 y en aplicación de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984.

<sup>49</sup> Se excluyen, por ser excesivamente casuístico, las reclamaciones suscitadas ante órganos e instancias judiciales, que en el ámbito de las reclamaciones por responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria prestada por los organismos del Sistema Nacional de Salud se han reconducido a la jurisdicción contencioso-administrativa.

<sup>50</sup> Artículo 12.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

<sup>51</sup> El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (INSALUD 1984) establecía el derecho y el deber del paciente de utilizar el procedimiento de presentación de quejas y reclamaciones y orientaba su tramitación a través de los Servicios de Atención al Paciente.

puedan presentar sus quejas y reclamaciones<sup>52</sup>. Por su parte, en los distintos Servicios de Salud se han ido creando unidades especializadas a distintos niveles organizativos- ligadas a la creación de los Servicios de Atención al Paciente (SAP) o Unidades de Atención al Usuario (UAU)-, dirigidas a velar por la adecuada garantía del derecho y a canalizar la información que de su ejercicio se pueda derivar.

Sin embargo, el cambio operado en la sociedad en general como consecuencia de la evolución económica, jurídica y tecnológica de los últimos años, ha hecho evolucionar también los principios que rigen la actuación de las Administraciones Públicas en su relación con los ciudadanos, y en este caso en particular, la de la Administración sanitaria con el usuario del sistema, que ha dejado de ser enfermo para ser consumidor de servicios sanitarios. Este hecho va unido al establecimiento de nuevos derechos de los pacientes y usuarios del sistema sanitario, teniendo su inmediato reflejo en la generalización de procedimientos en la legislación autonómica que atienden a la garantía de la efectividad de esos derechos.

Se puede observar que, en la regulación más reciente, las reclamaciones y sugerencias ya no se conciben únicamente como un imperativo legal, sino como una oportunidad de mejora en la prestación de servicios, incorporándose diversos sistemas de conexión entre los procedimientos de tramitación de reclamaciones y sugerencias y los procesos de mejora de la calidad de los centros, servicios y establecimientos sanitarios. En definitiva, la gestión de las reclamaciones va cobrando importancia por el interés y la preocupación demostrada por los profesionales y gestores del propio sistema. Aún más, en los últimos años se está generalizando en los distintos Servicios de Salud la incorporación de una figura que, con distinta denominación, se erige en defensora del paciente y que si bien asume un amplio abanico de competencias dentro de la organización sanitaria autonómica actúa de manera independiente de ésta.

Desde la constitución de los Servicios de Salud, las Comunidades Autónomas han venido recogiendo en las normas que regulan la estructura, organización y funcionamiento de los centros -bien sean hospitalarios o de atención primaria- la obligatoriedad de incluir determinadas dependencias administrativas que tienen por finalidad recoger y tramitar las quejas y sugerencias de los usuarios de los servicios. Posteriormente, en todas las Leyes de Ordenación Sanitaria -con alguna excepción, como en el caso de Murcia- se ha recogido la reclamación o queja como derecho de los usuarios. Igualmente, un número significativo de Comunidades Autónomas también ha aplicado este derecho mediante una norma específica que regula el procedimiento de tramitación de las reclamaciones y quejas en el ámbito sanitario. Por último, un número cada vez mayor de Comunidades incorpora en la estructura de la Consejería competente en materia de Sanidad la figura del defensor del paciente, entendido como órgano unipersonal aunque dotado de una estructura administrativa<sup>53</sup>.

Así, Andalucía contiene en su Ley de Salud de 1998 una expresa referencia al derecho a utilizar las vías de reclamación y propuesta de sugerencias y a recibir respuesta por escrito en los plazos que se establezcan reglamentariamente, en los mismos términos que la Ley General de Sanidad. Se configura, pues, como un derecho de los ciudadanos con respecto a los servicios sanitarios públicos y privados, estableciéndose la obligación de todos los centros y establecimientos sanitarios de tener permanentemente a disposición de los usuarios los formularios de sugerencias y reclamaciones, además de contar con el personal y los locales adecuados e identificados para este fin. No se ha localizado norma específica que regule el procedimiento y tramitación de las quejas en el ámbito sanitario, ni figura administrativa de defensa del paciente o similar<sup>54</sup>. Sin embargo, Andalucía sí ha regulado las cartas de servicios (al igual que la Comunidad Valenciana), el sistema de evaluación de la calidad de los servicios

---

<sup>52</sup> Artículo 32 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, sobre el servicio de atención al paciente.

<sup>53</sup> La primera en hacerlo fue Asturias y la más reciente Galicia, que lo incluye en su Ley de Ordenación Sanitaria de diciembre de 2003.

<sup>54</sup> Se puede citar aquí el Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños hospitalizados en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento de éstos últimos, en donde se reconoce el derecho de los usuarios a plantear sugerencias, quejas o reclamaciones ante los servicios sanitarios en relación con el adecuado cumplimiento de los mandatos enunciados en el propio reglamento.

y los premios a la calidad de los servicios públicos, habiéndose previsto el mantenimiento de un sistema de sugerencias y reclamaciones en todos los servicios públicos de la Junta de Andalucía<sup>55</sup>.

Por su parte, Aragón recoge en su Ley de Salud una definición de este derecho similar a la andaluza, y en ella se faculta al usuario a utilizar las vías de reclamación y propuesta de sugerencia que estime convenientes, se reconoce el derecho a recibir respuesta por escrito en los plazos reglamentarios, y se regula la obligación de disponer de formularios, personal y locales bien identificados para las reclamaciones y sugerencias. Al igual que en Andalucía, no se ha localizado figura legal de defensa del paciente ni desarrollo reglamentario en este sentido.

En Asturias, el Decreto que regula la estructura, organización y funcionamiento del Hospital General de Asturias y Hospital Monte Naranco, establece la obligación de contar con una oficina de reclamaciones y sugerencias de los usuarios que recogerá las quejas y sugerencias correspondientes, tramitándolas ante los órganos directivos, asegurando su contestación y proponiendo la adopción de medidas o reformas que en su caso sean adecuadas<sup>56</sup>. Además, a través de la Ley de creación del Servicio de Salud de 1992, tras reconocer entre los derechos de los ciudadanos el derecho a utilizar las vías de reclamación y propuesta de sugerencias y a recibir respuesta escrita en los plazos establecidos, se desarrolla una extensa regulación de la institución del Defensor de los Usuarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias<sup>57, 58</sup>.

En la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares se ha constituido legalmente una institución similar, el Defensor de los usuarios, –con adscripción y sometimiento anual de responsabilidad ante la Consejería competente en materia de sanidad- que nace dotado de plena autonomía funcional. También se regula su actuación, designación -por el Consejo de Gobierno para un plazo de cinco años- así como su régimen jurídico y sistema de incompatibilidades<sup>59</sup>. Asimismo, se reconoce en la misma Ley de Salud como derecho básico de todos los usuarios en las Islas Baleares, exigible tanto en los servicios públicos como en los privados, la posibilidad de interponer reclamaciones por el funcionamiento de los servicios sanitarios y realizar todo tipo de sugerencias, teniendo que recibir respuesta en los plazos que se establezcan reglamentariamente. El procedimiento general para las quejas e iniciativas presentadas ante la Administración de la Comunidad Autónoma se instrumenta por el Decreto 9/2003, de 7 de febrero, que, para las quejas referidas a la prestación de los servicios sanitarios, dispone que se deberá responder en el plazo de 15 días hábiles, informando a continuación el director del centro o establecimiento a la Consejería competente sobre la queja tramitada.

En la Administración canaria existe desde 1999 una unidad administrativa específica denominada “Oficina de Defensa los Usuarios Sanitarios” que, con dependencia orgánica y funcional de la Consejería competente en materia de sanidad, se encarga de atender las solicitudes y reclamaciones de los usuarios de los servicios sanitarios. Con ello se dio cumplimiento a lo establecido en el artículo 12.6 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, que ya establecía su constitución en el año 1994. Tras dos años de funcionamiento<sup>60</sup>, se descentraliza la canalización y mecanismo de respuesta de las iniciativas de los usuarios, acercándola a los servicios que directamente prestan la asistencia sanitaria pública, sin perjuicio de mantener el ulterior control por parte de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios que mantiene su estructura central. También se contempla

---

<sup>55</sup> Decreto 317/2003, de 18 de noviembre.

<sup>56</sup> Artículo 67 del Decreto 75/1990, de 4 de octubre.

<sup>57</sup> Como se ha señalado, dedica seis de los cincuenta y seis artículos de que consta la Ley a esta cuestión (artículos 51 a 55, ambos inclusive).

<sup>58</sup> Paralelamente, y como dato curioso, esta Comunidad ha establecido una figura específica, el Letrado Defensor del Anciano, como órgano administrativo adscrito a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales encargado, entre otras cuestiones, de la defensa legal de los intereses y derechos de los ancianos al que pueden éstos dirigir sus quejas (Ley 7/1991, de 5 de abril de asistencia y protección del anciano).

<sup>59</sup> Artículos 20 a 23 de la Ley de Salud 5/2003, de 4 de abril de 2003.

<sup>60</sup> Decreto 147/2001.

la obligación de presentar una memoria anual de las actividades de esta Oficina<sup>61</sup>. La figura del Jefe de la Oficina podría equivaler, si bien no en todos sus aspectos, a las figuras constituidas en otras Comunidades para la defensa de los derechos de los usuarios sanitarios.

En el caso de Cantabria, la Ley de Ordenación Sanitaria de 10 de diciembre de 2002 contempla la Unidad de Atención al Usuario que, dependiente de la Consejería competente en materia de sanidad, canaliza las quejas, sugerencias y observaciones de los ciudadanos. También esta unidad tiene asignada como misión favorecer la intermediación en los conflictos que se planteen. La Consejería de Sanidad es la que elabora la memoria anual de la actividad de este organismo. Con carácter general se reconoce el derecho de los usuarios a recibir información sobre los procedimientos para presentar sugerencias y reclamaciones que, obviamente, deberán ser contestadas en los plazos establecidos.

Por lo que respecta a Castilla-La Mancha, se observa una extensa regulación en esta materia. En un principio, en su Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria se establece el derecho a la formulación de sugerencias y reclamaciones y a recibir respuesta por escrito en los plazos establecidos. En esta misma Ley, concretamente en su Título III, se crea la figura del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha aunque, posteriormente -en virtud de la Ley 16/2001, de 20 de diciembre, del Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha- se deroga dicho Título, subsumiéndose bajo la dirección de un único Comisionado de las Cortes Regionales todas las funciones de defensa de los intereses de la ciudadanía frente a la Administración, si bien se mantiene la filosofía de oficina sectorial extensible a otros ámbitos de protección, entre ellos la sanidad. La estructura del Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha cuenta con un área específica de responsabilidad denominada Oficina de Defensa del Usuario del Sistema Sanitario. Por lo demás, participa del resto de características de la Institución en la que se encuadra: esto es, designación por las Cortes Regionales por un período de cinco años y rendición de cuentas de su gestión anual ante las Cortes Regionales mediante la presentación de un informe, en el que constarán, entre otros datos, el número y tipo de quejas presentadas y rechazadas y sus resultados.

Más recientemente, en febrero de 2003, esta Comunidad ha dictado una Orden que aprueba un modelo normalizado y específico para el ámbito sanitario de hoja de reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias y que, además, regula el procedimiento para tramitar aquéllas que se formulen por los usuarios de los servicios sanitarios de Castilla-La Mancha. Se prevé también la existencia de una amplia estructura administrativa para la tramitación de estas reclamaciones y sugerencias, que abarca desde los Gerentes de Atención Primaria y Especializada o las Oficinas Provinciales de Prestaciones para los centros privados concertados hasta la Oficina de Atención al Usuario de los Servicios Centrales del SESCAM o los Servicios de Información y Atención al Usuario en todos los ámbitos.

Por su parte, la Comunidad de Castilla y León recoge en su Ley de Ordenación Sanitaria de 1993 el derecho a la utilización del procedimiento de reclamación y sugerencia y a recibir respuesta por escrito, así como la obligación de los centros y servicios de contar con recursos suficientes para atender las reclamaciones que se formulen<sup>62</sup>. Con posterioridad, en el artículo 26 de la Ley de 2003 sobre los derechos y deberes de las personas en relación con la salud, también se recoge este derecho a utilizar las vías de reclamación, la obligación de los centros de disponer de los sistemas necesarios para atender las quejas, destacándose incluso la posibilidad de efectuar éstas de forma anónima. Con carácter específico se regulan las Guías de información a los usuarios y los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario<sup>63</sup>.

Cataluña reconoce la efectividad del derecho a presentar reclamaciones -dentro de la estructura del Servicio Catalán de la Salud- a la Unidad de Admisiones y Atención al Usuario,

---

<sup>61</sup> Detallada en la Orden de 20 de septiembre de 2001.

<sup>62</sup> Artículos 4 y 5 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, actualmente no vigentes. El Título I de dicha Ley (artículos 4 a 6) fue derogado en virtud de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud en Castilla y León, que se cita a continuación.

<sup>63</sup> Decreto 40/2003, de 3 de abril.

que deberá disponer cada Región Sanitaria a tal efecto<sup>64</sup>. Otras normas de acreditación de centros, como la Orden de 19 de julio de 1991 para los centros hospitalarios, recogen una regulación detallada de las condiciones exigibles para garantizar este derecho.

Extremadura, por su lado, reconoce el derecho a la utilización de los procedimientos de reclamación y sugerencia en el artículo 11.1 n) de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud. Esta Comunidad ha desarrollado especialmente la figura del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público. Tras crearlo en el artículo 16 de la misma Ley de Salud, como órgano adscrito a la Consejería que ostente las competencias en materia de protección de los derechos de los consumidores, desarrolla por Decreto 4/2003, de 14 de enero, su régimen jurídico, así como su estructura y funcionamiento. Este órgano se configura como el encargado de la defensa de los derechos reconocidos en la Ley de Salud de la Comunidad y demás normativa sanitaria, actuando con plena autonomía e independencia en el ejercicio de sus funciones. Designado por un plazo de cinco años por el Consejo de Gobierno a propuesta del Consejo Extremeño de Consumidores, cuenta con una estructura administrativa que comprende la Oficina del Defensor de los Usuarios<sup>65</sup>. Entre sus variadas funciones, se cita destacadamente la de publicar una memoria anual de actividades.

También Galicia contempla en su Ley de Ordenación Sanitaria el derecho de los usuarios del sistema sanitario a emplear los procedimientos de reclamación y sugerencia que estimen convenientes, teniendo que recibir respuesta escrita en los plazos establecidos<sup>66</sup>. Por otro lado, también se recoge la obligación de los centros servicios y establecimientos sanitarios de tener a disposición de los usuarios los formularios correspondientes, al tiempo que se instituye “el Veedor del paciente” como órgano de la Administración sanitaria encargado de gestionar las quejas y sugerencias de los pacientes. Este es un órgano de carácter consultivo que podrá ejercer también facultades de intermediación en los conflictos que planteen los usuarios del sistema sanitario de Galicia. Este Veedor del paciente es nombrado y cesado por el Consejero de Sanidad de la Junta y ha de presentar una memoria anual de sus actividades<sup>67</sup>.

La Comunidad de Madrid, al regular en su artículo 26.5 de la Ley de Ordenación Sanitaria los principios generales que informan la organización y funcionamiento del sistema sanitario, establece que las Administraciones Públicas y las organizaciones sanitarias privadas dispondrán de cauces adecuados y eficientes para canalizar las reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios<sup>68</sup>. Como órgano encargado de gestionar las quejas, sugerencias y reclamaciones se crea la figura del Defensor del Paciente<sup>69</sup>. La propia institución se define como un instrumento de garantía y elemento de calidad asistencial e información para los usuarios, así como un elemento apreciativo de las necesidades reales de los ciudadanos para su traslado a la Administración sanitaria. La oficina del Defensor del Paciente comenzó a funcionar en noviembre de 2002. Se trata de una figura independiente que, aunque no tiene capacidad de personarse en causas judiciales, sí puede hacerlo si en las reclamaciones que recibe detecta indicios de delito –si bien debe remitir el expediente al Ministerio Fiscal, lo que no ha ocurrido en ninguno de los casos tramitados en 2003-<sup>70</sup>. El procedimiento se inicia bien mediante llamadas telefónicas -formalizadas posteriormente mediante una visita o por vía documental-, o bien por visitas directas o por correo convencional o electrónico. El Defensor del Paciente es nombrado y cesado por el Presidente de la Comunidad Autónoma a propuesta del Consejero de Sanidad, y su principal objeto es intermediar en los conflictos que se planteen en relación con el funcionamiento de los servicios sanitarios, ejerciendo una labor básicamente consultiva desde la independencia y la

---

<sup>64</sup> Ley 15/1990, de 9 de julio.

<sup>65</sup> Mediante una Orden de 26 de noviembre de 2003 se regula la tramitación reclamaciones y sugerencias relativas a la actividad sanitaria, dirigidas por los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura al Servicio Extremeño de Salud.

<sup>66</sup> Ley 7/2003, de 9 de diciembre.

<sup>67</sup> Se recoge su régimen jurídico en los artículos 136 a 141 de la Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia.

<sup>68</sup> Ley 12/2001, de 21 de diciembre.

<sup>69</sup> Artículo 36 de la Ley 12/2001.

<sup>70</sup> El informe de la Defensora del Paciente, a 31 de diciembre de 2003, revelaba que se habían tramitado 710 expedientes en ese año (El médico interactivo, 29-01-2004).



autonomía<sup>71</sup>. En abril de 2003, esta Comunidad ha regulado por Orden<sup>72</sup> el Sistema de Tramitación de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, que desarrolla para el ámbito sanitario el Decreto 21/2002, de 24 de enero, por el que se regula la Atención al Ciudadano en la Comunidad de Madrid. Las sugerencias, quejas y reclamaciones pueden presentarse en cualquier centro dependiente de la Consejería de Sanidad a través de los Servicios de Atención al Paciente y en las Agencias Sanitarias. La Orden, además de regular el procedimiento y contestación, crea la Comisión de Seguimiento y Evaluación de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones, adscrita a la Consejería de Sanidad.

La Comunidad Autónoma de Murcia destaca nuevamente en este ámbito por la escasa regulación que presenta sobre esta materia. En la vigente Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, se efectúa una remisión general a los derechos y deberes reconocidos en los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad<sup>73</sup>. En la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo<sup>74</sup>, se incluye un Servicio de Información al Ciudadano y de Defensa del Usuario de los Servicios Sanitarios que tiene como función el análisis y estudio de las causas que originan la presentación de reclamaciones y quejas por los usuarios del Sistema Sanitario, en coordinación con la Subdirección de Atención al Ciudadano, Coordinación Institucional e Inspección Sanitaria.

La Comunidad Foral de Navarra, al igual que las demás Comunidades Autónomas, reconoce a los ciudadanos acogidos al ámbito de la Ley Foral de Salud el derecho a la utilización de los procedimientos de reclamación y propuesta de sugerencias, y a recibir una respuesta por escrito en los plazos que se establezcan<sup>75</sup>. Para posibilitar el ejercicio de este derecho Navarra publicó en 1994 el Decreto que establece este procedimiento, los plazos de respuesta y demás detalles. En atención primaria es competente para tramitar y resolver las quejas y sugerencias el Director de Zona Básica de Salud y/o Sector de Salud Mental, mientras que en el ámbito de la atención especializada corresponde el trámite al Servicio de Atención al Paciente y su resolución al Director del Centro. Por otra parte, también se considera una exigencia común para todos los centros servicios y establecimientos sanitarios contar con una hoja de reclamaciones normalizada, aprobada por Decreto 214/1997, de 1 de septiembre, que regula las autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios<sup>76</sup>.

La Comunidad Valenciana, por su parte, incluye expresamente el reconocimiento de este derecho en la Ley 1/2003, de 28 de enero, de Derechos e Información al Paciente. Así, en virtud de lo dispuesto en su artículo 27, cuando los ciudadanos consideren que existen motivos para ello podrán formular quejas o reclamaciones, las cuales habrán de ser evaluadas y contestadas por escrito. Al mismo tiempo, y en el polo opuesto, esta Comunidad prevé la posibilidad de que se formulen manifestaciones de agradecimiento de los ciudadanos a los profesionales, equipos y centros asistenciales<sup>77</sup>. Además, la Ley de Ordenación Sanitaria de esta Comunidad establece la obligación de todos los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, de disponer de información accesible a los usuarios sobre los procedimientos de reclamación, sugerencia y felicitación<sup>78</sup>. Esta misma Ley recoge que la Consejería de Sanidad

---

<sup>71</sup> Para garantizar la independencia en su actuación, la Institución del Defensor del Paciente del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se ha recogido nuevamente en el Decreto 10/2004, de 29 de enero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. En virtud de lo dispuesto en el artículo 3, las relaciones con este organismo se residen en el Consejero de Sanidad, al tiempo que se excluye su participación del Consejo de Dirección de la Consejería, con objeto de no involucrar a dicha institución en el proceso de gestión de las políticas públicas, garantizando con ello, aún más, su imparcialidad.

<sup>72</sup> Orden 605/2003, de 21 de abril.

<sup>73</sup> Artículo 3 de la Ley 4/1994, de 26 de julio.

<sup>74</sup> Decreto 117/2002, de 27 de septiembre.

<sup>75</sup> Artículo 5.12 de la Ley 10/1990, de 23 de noviembre.

<sup>76</sup> En el mismo sentido, la Orden Foral 37/1999, de 12 de febrero, del Consejero de Salud, establece los requisitos técnico-sanitarios mínimos para las autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios sin internamiento.

<sup>77</sup> No se especifica el cauce formal que las muestras de agradecimiento deberán seguir, ni si existirá alguna consecuencia administrativa o pecuniaria para los "agradecidos".

<sup>78</sup> Artículo 16 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero.

desarrollará una Plan de Humanización de la Atención Sanitaria de la Comunidad Valenciana, que impulsará políticas para la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria y socio-sanitaria. Este Plan concede una gran importancia a la participación de los pacientes como garantía de calidad y, en esa línea, pretende respetar y facilitar su derecho a expresar sugerencias, quejas y reclamaciones como instrumento también de mejora tanto de la atención sanitaria como de la relación médico - paciente<sup>79</sup>. Con esa intención se publicaron el Decreto 2/2002, de 8 de enero, por el que se crean los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP) y, en su desarrollo, la Orden de 24 de julio de 2002, que establece el procedimiento para la tramitación de sugerencias, quejas y agradecimientos respecto a la atención sanitaria en el ámbito de la competencia de la Consejería de Sanidad. El SAIP actúa a petición de los pacientes o de sus representantes legales, tramitando las quejas. Como órgano de resolución de las mismas se señala a los directores de atención primaria en su ámbito, y a los directores médicos en la atención especializada.

El País Vasco, ya en 1989 reguló por Decreto la “Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios”<sup>80</sup>, con el fin de garantizar el efectivo ejercicio individual de los derechos. Esta norma recogió el derecho de los usuarios a formular quejas reclamaciones y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, y a recibir respuesta en los plazos establecidos. Esta norma reestructuró los Servicios de Atención al Paciente y Usuario del Servicio Vasco de Salud, como órgano encargado de canalizar las reclamaciones que se formularan, prestando información y orientación al usuario e introduciendo un sistema de tramitación de las reclamaciones que fuesen formuladas por los usuarios. Un año después, mediante la Orden de 19 de junio de 1990, se aprueba el desarrollo de este sistema de información y tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones de pacientes y usuarios, en la que se detallan el procedimiento, los plazos de respuesta, etc. Posteriormente, durante el año 2001, se puso en marcha en el Osakidetza un nuevo sistema de información sobre quejas y reclamaciones en todas las organizaciones de servicios, que daba respuesta a una Proposición no de Ley del Parlamento Vasco para mejorar la gestión de las quejas y reclamaciones en pacientes. Este sistema ha permitido establecer criterios uniformes y sistematizar los procedimientos a seguir en todas las organizaciones de servicios, a través de la Instrucción nº 2/2001 del Director General del Ente Público Osakidetza<sup>81</sup>.

Finalmente, La Rioja recoge en el artículo 13 de la Ley de Salud 2/2002, de 17 de abril, el derecho de los ciudadanos a conocer y utilizar los procedimientos para presentar quejas y reclamaciones, que deberán ser contestadas por el centro en un tiempo limitado. También contempla en el artículo 24 la obligación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, de disponer de formularios de sugerencias y reclamaciones, y de personal y locales bien identificados. Como órgano unipersonal encargado de la defensa de los derechos de los usuarios se crea la figura del Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja, que actuará con autonomía e independencia<sup>82</sup>. Curiosamente está doblemente obligado a rendir cuenta de sus actividades: por un lado, por encontrarse adscrito a la Consejería de Salud, a quien dará anualmente cuenta; por otro, al Consejo Riojano de Salud, al que también deberá informar<sup>83</sup>. Es designado por el Gobierno de la Comunidad a propuesta del Consejero de Salud, previa consulta al Consejo Riojano de Salud.

---

<sup>79</sup> *Por la vía de favorecer las expresiones de reconocimiento hacia el personal sanitario.*

<sup>80</sup> *Decreto 175/1989, de 18 de julio.*

<sup>81</sup> *González-Linares et al. (2003).*

<sup>82</sup> *Artículo 25 la Ley de Salud 2/2002, de 17 de abril.*

<sup>83</sup> *El Defensor del Usuario canaliza las reclamaciones y quejas no resueltas en los distintos niveles del Sistema Público de Salud y elabora una Memoria anual de sus actividades, pudiendo hacer propuestas en relación con las mismas.*

En la tabla 4 se recogen las características fundamentales de la regulación autonómica relativa a las figuras unipersonales de defensa del derecho de reclamación y queja.

Tabla 4. Figuras unipersonales de defensa de los derechos de los pacientes y usuarios en los servicios de Salud

Comunidad Autónoma	Disposición legal/fecha	Denominación	Dependencia	Nombramiento	Tipo de funciones	Presentación Memoria anual
<b>Asturias</b>	Ley del Servicio de Salud (1992)	Defensor de los usuarios	Consejería de Sanidad (no expresa)	Consejero de Sanidad a propuesta del Consejo de Salud	Recepción de quejas, supervisión investigación	Memoria, ante la Comisión de Acción social y asistencial
<b>Baleares</b>	Ley de Salud (2003)	Defensor de los usuarios	Consejería de Sanidad	Consejo de Gobierno, oído el Consejo de Salud	Atender quejas, formular sugerencias, entrevistas	Informe, ante el Consejo de Salud
<b>Castilla-La Mancha</b>	Ley Defensor del Pueblo (2001)	Oficina defensa usuario sistema sanitario (integrada en Defensor del Pueblo)	Cortes Regionales	Pleno de las Cortes	Tramitación de quejas, investigación	Informe anual defensor del Pueblo, ante las Cortes Regionales
<b>Extremadura</b>	Ley de salud (2001). Decreto de desarrollo (2003)	Defensor de los Usuarios	Consejería competente en defensa de los consumidores. Oficina del defensor	Consejo de Gobierno, a propuesta del Consejo de Consumidores	Atender reclamaciones, formular propuestas, otras	Memoria, ante la Comisión de Política Social
<b>Galicia</b>	Ley Ordenación sanitaria (2003)	Veedor (valedor) del Paciente	Consejería de Sanidad	Consejero de Sanidad	Consultivo y tramitación de quejas	Memoria, ante el Consejo de la Junta
<b>Madrid</b>	Ley ordenación sanitaria (2001)	Defensor del Paciente	Independiente, en el seno de la Consejería de Sanidad	Presidente de la Comunidad, a propuesta del Consejo de Sanidad	Intermediación, tramitación de quejas, consultivo	Memoria, no especifica ante qué órgano se presenta.
<b>La Rioja</b>	Ley de Salud (2002)	Defensor del Usuario	Consejería de Salud	Gobierno de la Comunidad, a propuesta del Consejero, previa consulta al Consejo Riojano de Salud	Intermediación, consultivo, formular propuestas, tramitación de quejas	Memoria, ante la Consejería de Salud y el Consejo Riojano de Salud

Fuente: Elaboración propia.

## Bibliografía

Bardají, G. y Viñas, M. (2001), "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas", en: López, G. (dir.) y Rico, A. (coord.), *Evaluación de las Políticas de Servicios Sanitarios en el Estado de las Autonomías*, tomo I, Fundación BBV, pp. 23-161.

Beltrán, J.L. (2002), "Prestaciones sanitarias y Autonomías territoriales: Cuestiones en torno a la igualdad", *Derecho y Salud*, vol. 10, nº 1, enero/junio

De Lorenzo, R. (2003), *Derechos y obligaciones de los pacientes*. Ed. Colex.

Dirección General de Planificación Sanitaria. Unidad de Prestaciones (2002), "Las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud". Ministerio de Sanidad y Consumo.

Echezarreta, M. (2003), "La autonomía del paciente en el ámbito sanitario: las voluntades anticipadas", Universidad de Málaga (mimeo).

El Médico Interactivo. [www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com). Diario electrónico de la sanidad.

Fundación Biblioteca Josep Laporte (2003), *Los derechos de los pacientes: posicionamiento de los partidos políticos catalanes*.

González-Linares, R.M. et al. (2003), "La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones", Subdirección de Calidad Asistencial del Servicio Vasco de Salud, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

León, F., Galán, J.C. y Sanz, C. (2003), "Repercusión en atención primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica (I)", *Atención Primaria*, 32(10): 583-5.

López Pena, I. (2003), "El proceso de recepción de los testamentos vitales en el ordenamiento jurídico español", Comunicación al X Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Madrid.

Martínez, D.J. (1999), "El papel de la ordenación de prestaciones en la definición del SNS", *Revista de Administración Sanitaria*, nº 12, octubre/diciembre.

Martínez Pereda, J.M. (2003), "Información y consentimiento", Comunicación al X Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Madrid.

Méjica, J. (2003), "Hacia una Historia Clínica de Calidad asistencial. Legalmente correcta y jurídicamente útil. Cuestiones abiertas y retos pendientes", Comunicación al X Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Madrid.

Quadra-Salcedo, T. (2003), "Igualdad de los pacientes y cohesión del Sistema Nacional de Salud", II Jornadas sobre la Organización de los servicios públicos sanitarios, Universidad Carlos III de Madrid.

Sánchez, A. (2004), "Las prestaciones en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS", incluido en: Observatorio del Sistema Nacional de Salud (2004), *La coordinación sanitaria en países descentralizados: Implicaciones para España*.

Sánchez-Caro, J. (2003), "La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas", *Revista de Administración Sanitaria*; I (2):189-202.

Santos de Unamuno, C. (2003), "Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria", *Atención Primaria*, 32(1): 1-7.

Troncoso, A. (2003), "La protección de los datos de salud y la historia clínica", Comunicación al X Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Madrid.

Vida, J. (2003), "Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud: carteras de servicios y prestaciones farmacéuticas", II Jornadas sobre la Organización de los servicios públicos sanitarios, Universidad Carlos III de Madrid.

## ANEXOS LEGISLATIVOS<sup>84</sup>

### Anexo I. Cobertura de población

#### Normativa Estatal:

- **Cobertura asistencial:**

Ley 14/1896, de 25 de abril, general de Sanidad

Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes.

Orden de 13 de noviembre de 1989, de desarrollo del RD anterior.

Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del SNS.

- **Cobertura sanitaria extranjeros:**

Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de extranjeros en España, reformada por Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre.

Real Decreto 864/2001, de 20 de julio, que aprueba el Reglamento de ejecución de la ley anterior.

#### Normativa autonómica:

- **Andalucía**

Decreto 66/1990, de 27 de febrero, por el que se reconoce la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, no incluidas en el régimen de Seguridad Social.

Orden de 26 de marzo de 1990, de procedimiento de tramitación de expedientes de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes, no incluidas en el sistema de Seguridad Social.

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, Art. 3

- **Cataluña**

Decreto 55/1990, de 5 de marzo, que regula la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la seguridad social a las personas sin recursos económicos suficientes, desarrollado por Orden de 25 de abril de 1990.

Decreto 178/1991, de 30 de julio, de universalización de la asistencia sanitaria pública, desarrollado por Orden de 12 de junio de 1997.

- **Comunidad Valenciana**

Decreto 88/1989, de 12 de junio, por el que se extiende el derecho a la asistencia sanitaria a determinadas personas sin recursos económicos suficientes, desarrollado por Orden de 16 de octubre de 1989, y Resolución de 8 de febrero de 1999.

Decreto 26/2000, de 22 de febrero, por el que se regula la asistencia sanitaria a extranjeros y se crea la tarjeta solidaria.

---

<sup>84</sup> La normativa contenida en estos anexos está accesible en la página web del Observatorio del SNS.

\*Véase Leyes de salud, Ordenación sanitaria o de creación del respectivo servicio de salud para el resto de CC.AA.

- **Galicia**

Ley 7/2003, de 19 de diciembre, de ordenación sanitaria (art.131.Titulares del derecho a la protección de la salud).

- **Navarra**

Decreto Foral 71/1991, de 21 de febrero, sobre universalización de la asistencia sanitaria pública.

Decreto Foral 640/96, 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones de acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública.

Ley foral 2/2000, de 25 de mayo, por la que se extiende la cobertura de asistencia sanitaria del sistema público de Navarra a todos los inmigrantes residentes en la Comunidad foral.

- **País Vasco**

Orden de 28 de junio de 1982, por la que se establece la asistencia hospitalaria gratuita para personas en situación de paro que no tengan derecho a ella, modificada por Orden de 6 de febrero de 1984.

Decreto 26/1988, de 16 de febrero, por el que se reconoce el derecho a la asistencia prestada por el SVS a quienes carezcan de los suficientes recursos económicos, desarrollado por Órdenes de 17 y 24 de febrero de 1988.

## **Anexo II. Cobertura de prestaciones**

### **Normativa estatal:**

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

Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.

Reales Decretos de financiación selectiva de medicamentos (RD 83/1993 y RD 1663/1998).

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS.

Orden de 18 de enero de 1996 sobre prestación ortoprotésica, modificada por las Órdenes de 23 julio de 1999 y 30 marzo de 2000.

Orden de 30 abril de 1997, sobre tratamientos dietoterápicos complejos (actualizada por Orden SCO/585/2002, de 5 de marzo).

Real Decreto 619/1998, de 17 de abril, que regula las características de los vehículos de transporte sanitario por carretera, desarrollado por la Orden de 3 de septiembre de 1998.

Orden de 2 de junio de 1998, que regula la nutrición enteral domiciliaria en el SNS.

Orden de 3 de marzo de 1999, que regula las técnicas de terapia respiratoria a domicilio.

Orden de 15 diciembre de 2000, que fija las condiciones de identificación de los alimentos destinados a usos médicos especiales susceptibles de financiación por el SNS (modificada por Orden de 11 junio de 2001).



Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

**Normativa autonómica:**

• **Andalucía**

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, Art. 4, Art. 6.1.A.

Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. ( Art. 2.D. Anestesia en parto).

Decreto 159/1998, de 28 de julio, por el que se regula la prestación de varios medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Autónoma.

Decreto 195/1998, de 13 de octubre, por el que se regula la prestación ortoprotésica.

Resolución 18/1997, de 7 de agosto, que regula los tratamientos con productos dietoterápicos complejos en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Resolución 16/1998, de 30 de septiembre, por la que se regula el tratamiento sobre nutrición enteral domiciliaria en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Resolución de 9 de noviembre de 1998, del Servicio Andaluz de Salud, por la que se establece un procedimiento provisional para acceder a las prestaciones del Catálogo General de Ortoprotésica.

Resolución de 15 de abril de 1999 que habilita el procedimiento de reintegro de gastos en la prestación ortoprotésica en determinados supuestos.

Resolución de 20 de septiembre de 2000 por la que se regulan las técnicas de terapia respiratoria a domicilio.

Orden de 26 de diciembre de 2002, por la que se establecen para el año 2003 la población con derecho a la prestación asistencial dental que regula el decreto 281/2001, de 26 de diciembre, y se fijan las tarifas aplicables a la contratación de los servicios.

Orden de 1 de junio de 2001, por la que se regula la existencia mínima de medicamentos y productos sanitarios en oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos de distribución. ("Píldora del día después")

Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la protección asistencial dental a la población de 6 a 15 años.

Orden de 19 de marzo de 2002 que desarrolla el Decreto 281/2001.

Orden de 17 de diciembre de 2003, que establece para el año 2004 la población con derecho a la prestación asistencial dental que regula el decreto 281/2001.

• **Cantabria**

Orden de 3 de octubre de 2001, por la que se regula el acceso a la prestación bucodental.

Resolución de 1 de agosto de 2002, por la que se aprueba la carta de servicios.

• **Canarias**

Decreto 185/1995, de 30 de junio, por el que se regulan los reintegros de gastos por desplazamiento en transporte no concertado y las compensaciones por estancias fuera de su localidad a los usuarios por razón de asistencia sanitaria, modificado por Decreto 135/1999, de 1 de julio .

Decreto 154/2002, de 24 de octubre, por el que se regula el transporte terrestre sanitario.

- **Castilla y León**

Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, que regula las prestaciones en salud bucodental

- **Cataluña**

Decreto 215/1990, de 30 de julio, de promoción y financiación de la atención sociosanitaria

Resolución de 4 de diciembre de 2003, por la que se revisa el catálogo de prestaciones ortoprotésicas en Cataluña.

- **C. Valenciana**

Orden de 6 de marzo de 2002, por la que se establecen las condiciones de financiación para los pacientes con tuberculosis de las especialidades con los principios activos rifabutina, rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol.

Resolución de 11 de marzo de 2003, por la que se dictan instrucciones para la prescripción y dispensación de tiras reactivas para la determinación de glucosa en sangre y orina.

Orden de 10 de noviembre de 2003, por la que se dictan instrucciones para la prescripción y dispensación de tiras reactivas para la determinación de la coagulación.

- **Navarra**

Decreto foral 436/1992, de 28 de noviembre, de reintegro de gastos por asistencia odontológica a disminuidos psíquicos.

Decreto foral 259/1997, de 22 de septiembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y planificación familiar.

Orden foral 161/1997, de 10 de diciembre, de desarrollo del Decreto foral 259/1997.

Decreto foral 258/1998, de 1 de septiembre, por el que se establece la prestación complementaria de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Foral.

Decreto Foral 69/2003, de 7 de abril, por el que se modifica el programa de atención dental infantil y juvenil.

Decreto Foral 70/2003, de 7 de abril, por el que se modifica el programa de atención dental a minusválidos.

Decreto foral 139/2003, de 16 de junio, por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda para dejar de fumar.

- **País Vasco**

Decreto 118/1990 de 24 de abril, de asistencia dental infantil.

Orden de 2 de mayo de 1990, que desarrolla el Decreto 118/1990.

### **Anexo III. Garantías en tiempos de acceso**

#### **Normativa estatal**

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS.

Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de las de la información sobre las listas de espera en SNS.

#### **Normativa autonómica**

- **Andalucía**

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (Art. 6.1.M)

Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Orden de 25 de septiembre de 2002, sobre procedimiento de pago de los gastos derivados de intervenciones quirúrgicas en centros sanitarios privados por superación del plazo máximo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Orden de 25 de septiembre de 2002, por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica y el funcionamiento del registro de demanda quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- **Aragón**

Decreto 83/2003, de 29 de abril, por el que se establece la garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.

- **Canarias**

Orden de 15 de mayo de 2003, por la que se establecen los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de Salud.

- **Castilla-La Mancha**

Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de garantías en la Atención Sanitaria Especializada.

Decreto 9 de 28 de enero de 2003, por el que se establecen los tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada en Castilla-La Mancha ( modificado por Decreto 1/2004 de 13 de enero).

- **Castilla y León**

Acuerdo 261/2003, de 26 de diciembre, por el que se aprueba el plan de reducción de listas de espera en Castilla y León 2004-2007.

- **Cataluña**

Decreto 354 de 24 de diciembre de 2002, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Catalán de Salud.

- **Comunidad Valenciana**

Orden de 4 de junio de 1996, en la que se desarrolla el Decreto de 21 de mayo de 1996, de medidas excepcionales para eliminar las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario.

Decreto 97 de 21 de mayo de 1996, en el que se establecen las medidas excepcionales para eliminar las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario.

- **Galicia**

Orden de 15 de julio de 1995, por la que se completa la estructura normalizada del sistema de información sanitaria de los hospitales del Sergas.

Orden de 19 de mayo de 2003, en la que se normaliza el sistema de información y control de la demanda de actividad de hospitalización, cirugía y salas en la red de hospitales del Servicio Gallego de Salud.

Ley 7/2003, de Ordenación sanitaria de Galicia.

- **Navarra**

Orden foral de 29 de septiembre de 1998, en la que se establecen las garantías de la asistencia quirúrgica programada en un adecuado período de tiempo en base a la equidad y la eficiencia social.

Ley Foral 12/1999, reguladora del programa de evaluación y actuación sobre las listas de espera quirúrgicas programada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

#### **Anexo IV. Derecho de libre elección de facultativo y centro**

##### **Normativa estatal:**

Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad.

Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los Servicios de Atención Primaria del Insalud.

Real Decreto 8/1996, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de los derechos de información y documentación clínica.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

##### **Normativa autonómica:**

- **Andalucía**

Decreto 128/97, de 6 de mayo de 1997, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (art. 6.1.L).

Decreto 60/99, de 9 de marzo de 1999, por el que se regula la libre elección de Médico General y Pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Decreto 260/2001, de 27 de noviembre, por el que se adaptan las retribuciones de determinado personal de Atención Primaria a la tarjeta sanitaria individual y a la libre elección.

Orden de 9 de junio de 1999, por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Orden de 27 de febrero de 2002, por la que se establece la efectividad del carácter individual de la libre elección de médico y su gestión por la base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público.

- **Aragón**

Ley 2/1989, de 21 de abril, modificada por la Ley 8/1999, de 9 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (art. 47).

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (art.4. i).

- **Asturias**

Ley 1/1992, de 2 de julio, de creación del servicio de salud del Principado de Asturias (art.49.13).

- **Baleares**

Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Islas Baleares (art.19).

- **Canarias**

Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (art. 7).

- **Cantabria**

Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (art. 28).

- **Castilla-La Mancha:**

Ley 8 /2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (art.4.1.o)).

- **Castilla y León**

Ley 1/ 1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León.

Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud (art. 38).

Orden 1325/2003, de 3 de septiembre, por la que se publican las cartas de derechos y deberes de las guías de información al usuario.

- **Cataluña**

Decreto 84/1985, de 21 de marzo, de medidas para la reforma de la Atención Primaria de Salud en Cataluña (art. 11).

Ley 15/1990, de 15 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (art. 6.2).

Instrucción 03/2003 del Servicio Catalán, de la Salud que regula provisionalmente la libre elección de Equipo de Atención Primaria de salud y médico de cabecera o pediatra.

- **Comunidad Valenciana**

Decreto 126/1999, de 23 de agosto, por el que se crea el Sistema de información Poblacional.

Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana (art.16).

- **Extremadura**

Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (art.11.1 o)).

- **Galicia**

Ley 1/1989, de 2 de enero, de creación del Servicio Gallego de Salud (art. 20).

Decreto 200/1993, de 29 de julio, de Ordenación de la Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Galicia (art.1).

Ley 7/2003, de 19 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia (art. 133.1.s)).

- **Madrid**

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (art.27.9)

- **Murcia**

Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (art. 3).

- **Navarra**

Ley foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (modificada por Ley foral 2/94 y por Ley foral 2/2000) (arts. 5 y 8).

Decreto foral 244/1994, de 28 de noviembre, por el que se regula el derecho de libre elección de médico general y pediatra en Atención Primaria.

Decreto foral 259/1997, de 22 de septiembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en tocoginecología y en planificación familiar, desarrollado por Orden 161/97 y Decreto 119/99.

Decreto foral 241/1998, de 3 de agosto, sobre atención y seguimiento personalizados en la asistencia sanitaria especializada y elección de médico especialista por los médicos de atención primaria del Servicio Navarro de Salud.

Orden 135/1998, de desarrollo del Decreto foral 241/98.

Decreto foral 122/2002, de 10 de junio, por el que se amplía el derecho a la libre elección de médico general y pediatra en Atención Primaria en determinadas Zonas básicas de Salud y se desarrolla el derecho a la libre elección de especialista en obstetricia y ginecología en los Centros de atención a la mujer.

- **País Vasco**

Decreto 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud (art.1. n)).

Orden de 25 de enero de 1990 de elección de Hospital y servicio especializado.

Decreto 118/1990, sobre asistencia dental a la población infantil (art. 3).

Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (art.10.2).

Decreto 252/1998, de 4 de octubre, de uso de tarjeta individual sanitaria, adscripción de facultativos y edad a efectos de atención pediátrica (art. 2).

- **La Rioja**

Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (art.1.13 y art. 4).

## **Anexo V. Derecho a la segunda opinión**

### **Normativa estatal:**

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art.28.1).

### **Normativa autonómica:**

- **Andalucía**

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud (art. 6 .1.o)).

Decreto 127/2003, de 13 de mayo, por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el sistema sanitario publico de Andalucía.

Resolución de 15 de julio de 2003, por la que se fijan los criterios de los equipos de expertos para el ejercicio de derecho a la segunda opinión médica en el sistema sanitario público de Andalucía.

- **Aragón**

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud (art. 4.1.j)).

- **Baleares**

Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud (art.11.4).

- **Canarias**

Ley 11 /1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (art.8).

- **Cantabria**

Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (art. 28.9).

- **Castilla-La Mancha**

Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (art.4.1.p)).

- **Castilla y León**

Ley 8 /2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud (art. 37).

Orden 1325/2003, de 3 de septiembre, por la que se publican las cartas de derechos y deberes de las guías de información al usuario.

- **Cataluña**

Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria de 24 de julio de 2001. Ctsalut. Servicio Catalán de la Salud (apartado 8.5).

- **Comunidad Valenciana:**

Ley 1/2003, de 28 de enero, sobre derechos e información al paciente en la Comunidad Valenciana (art.16).

- **Extremadura**

Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud (art.11.1.o)).

- **Galicia**

Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia (art.133).

- **Madrid**

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria (art. 27.9).

- **Navarra**

Decreto Foral 241/1998, de 3 de agosto, de atención y seguimiento personalizados en la asistencia sanitaria especializada y elección de médico especialista por los médicos de atención primaria del Servicio Navarro de Salud (art. 5.3).

Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (art. 9).

- **País Vasco**

Decreto 175/1998, de 18 de julio, por el que se aprueba la Carta de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios (art.1. f)).

Resolución de 11 de julio de 2001, por la que se aprueba la aplicación de la Tarjeta Sanitaria Electrónica.

- **La Rioja**

Ley 4 /1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (art. 5.2).

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud (art.12. 6).

## **Anexo VI. Regulación de derechos de autonomía, información y documentación clínica**

### **Normativa estatal:**

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de los derechos de información y documentación clínica.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 26).

### **Normativa autonómica:**

- **Andalucía:**



Decreto 101/1995, de 18 de abril, que determina los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante del proceso del nacimiento.

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (arts. 9 y 10).

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntada vital anticipada.

- **Aragón**

Decreto 100/2003, de 6 de mayo, por el que se prueba el reglamento de organización y funcionamiento del registro de voluntades anticipadas.

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (art.15, voluntades anticipadas).

- **Baleares**

Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Islas Baleares (art.18, voluntades anticipadas).

- **Canarias**

Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias (art.6, derechos de información).

- **Cantabria**

Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (art.34, voluntades anticipadas).

- **Castilla-La Mancha**

Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Salud (art.4.1, derecho a la información).

- **Castilla y León**

Ley 8/2003, de 8 de marzo, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud (art. 30, voluntades anticipadas).

Orden 1325/2003, de 3 de septiembre, por la que se publican las cartas de derechos y deberes de las guías de información al usuario.

- **Cataluña**

Ley 21/2000, de 29 de diciembre, de derechos de información concerniente a la salud, a la autonomía del paciente y a la documentación clínica.

Resolución de 18 de julio de 2001, por la que se crea un grupo de trabajo para el estudio de la posibilidad del uso compartido de las historias clínicas entre los centros asistenciales.

Decreto 175/2002, de 25 de junio, que regula el registro de voluntades anticipadas.

- **Comunidad Valenciana**

Decreto 56/1988, de 25 de abril, sobre obligatoriedad de la historia clínica única.

Orden de 14 de septiembre de 2001, sobre normalización de los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria y su conservación.

Decreto 2/2002, de 8 de enero, de creación de los servicios de Atención e Información al Paciente.

Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana (art. 17, voluntades anticipadas).

Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

- **Extremadura**

Ley 10/2001, de 28 de junio, de normas reguladoras de la salud (art. 11.5, voluntades anticipadas).

- **Galicia**

Ley 3/2001, de 28 de mayo, por la que se regula el consentimiento informado y la historia clínica de los pacientes (art. 5, voluntades anticipadas).

- **Madrid**

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (art. 27, derechos de información, y art. 28, instrucciones previas).

- **Navarra**

Ley foral 11/2002, de 6 de mayo, de derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (modificada parcialmente por Ley 29/2003).

Decreto foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el Registro de voluntades anticipadas.

- **País Vasco**

Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la historia clínica en los centros Hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Decreto 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del SVS.

Decreto 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del registro de actividades clínicas de los servicios de urgencias de los hospitales y de las historias clínicas hospitalarias.

Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

Acuerdo de 13 de marzo de 2003, por el que se crea la Comisión de Documentación Clínica de Osakidetza- Servicio Vasco de Salud.

Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

Orden de 6 de noviembre de 2003, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado "Registro Vasco de Voluntades Anticipadas".

- **La Rioja**

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de la Rioja (art. 6, voluntad vital anticipada).

## **Anexo VII. Garantía efectiva de derechos. Quejas y reclamaciones.**

### **Normativa estatal:**

Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad (art. 10.12).

### **Normativa Autonómica:**

- **Andalucía**

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (art. 5, 6, 10.2 y 10.3).

- **Aragón**

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud (art. 4.1.h) y art.6).

- **Asturias**

Ley 1/1992, de 2 de julio, de creación del Servicio de Salud del Principado de Asturias, modificada por Ley 18/1999 (art. 49.12 y art. 51).

- **Baleares**

Decreto 9/2003, de 7 de febrero, por el que se regulan las quejas y las iniciativas presentadas a la Administración autonómica de las islas Baleares.

Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud (art. 20).

- **Canarias**

Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (art.12.6).

Decreto 94/1999, de 25 de mayo, por el que se regula la estructura y el funcionamiento de la Oficina de defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario, modificado por decreto 147/2001 de 9 de julio.

Orden de 20 de septiembre de 2001, que desarrolla el decreto anterior.

- **Cantabria**

Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (arts. 26 y 56).

- **Castilla-La Mancha**

Ley 16/2001, del Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha (art. 10).

Orden de 20 de febrero de 2003, por la que se regulan las reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

- **Castilla y León**

Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León.

Decreto 40/2003, de 3 de abril, por el que se regulan las Guías de información al usuario y los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario.

- **Cataluña**

Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña.

Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria de 24 de julio de 2001. Catsalut. Servicio Catalán de la Salud (apartado 9.5).

- **Comunidad Valenciana**

Decreto 2/2002, de 8 de enero, de creación de los Servicios de Atención e Información al paciente.

Orden de 24 de julio de 2002, por la que se establece el procedimiento para tramitación de sugerencias, quejas y agradecimientos respecto de la atención sanitaria, en el ámbito de la competencia de la Consejería de Sanidad.

Orden de 4 de diciembre de 2002, por la que se aprueba la Carta al Paciente de la Comunidad Valenciana.

Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana (art. 27).

Ley 3 /2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria (art. 16).

- **Extremadura**

Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (art. 16).

Orden de 26 de noviembre de 2003, por la que se regula la tramitación de reclamaciones y sugerencias relativas a la actividad sanitaria, dirigidas por los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura al Servicio Extremeño de Salud.

Decreto 4/2003, de 14 de enero, por el que se regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del defensor de los usuarios del sistema sanitario público de Extremadura.

- **Galicia**

Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia.

- **Madrid**

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (art. 26.5, quejas y reclamaciones; art. 36, defensor del paciente).

Orden 605/2003, de 21 de abril, por la que se desarrolla el sistema de sugerencias, quejas y reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

- **Murcia**

Decreto 117/2002, de 27 de septiembre, por el que se aprueba la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo (art. 18).

- **Navarra**

Ley foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (art. 5.12).

Decreto foral 204/1994, de 24 de octubre, por el que se establece el procedimiento de reclamación y de propuesta de sugerencias de los ciudadanos, respecto del sistema sanitario de la Comunidad Foral.

Decreto foral 214/1997, de 1 de septiembre, por el que se regula la autorización de centros sanitarios. Hoja de reclamaciones.

- **País Vasco**

Decreto 175/1989, de 18 de julio, por el que se aprueba la Carta de Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios.

Orden de 19 de junio de 1990, por la que se desarrolla el Decreto 175/1989.

- **La Rioja**

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de la Rioja (art. 25, Defensor del Usuario).

