



Tema 1: Análisis de la organización sanitaria en España. Modelos de sistemas sanitarios. Recursos. Sistema sanitario público. Normativa de seguridad e higiene en centros e instituciones sanitarias.

27 de septiembre de 2026

Síguenos en Instagram y entérate de nuestras últimas actualizaciones:

 [opositando.shop](https://www.instagram.com/opositando.shop)

Índice

1.	Introducción	1
2.	Organización sanitaria en España	1
2.1	Estructura y competencias del sistema sanitario español	1
2.2	Descentralización y funcionamiento autonómico	2
3.	Modelos de sistemas sanitarios	2
3.1	Modelos clásicos: Beveridge, Bismarck y Liberal	2
3.2	Aplicación en el sistema sanitario español	4
4.	Recursos en el sistema sanitario	4
4.1	Recursos humanos: formación, distribución y retos	4
4.2	Recursos materiales y tecnológicos: infraestructuras y equipamientos	5
4.3	Financiación y sostenibilidad	5
5.	Sistema sanitario público en España	6
5.1	Principios, cobertura y cartera de servicios	6
5.2	Integración de atención primaria, especializada y sociosanitaria	7
5.3	Cooperación público-privada	7
6.	Normativa de seguridad e higiene en centros e instituciones sanitarias	8
6.1	Marco legislativo básico sobre seguridad e higiene	8
6.2	Protocolos, programas preventivos y gestión de riesgos	8
6.3	La cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias	9
7.	Implicaciones didácticas en el contexto educativo	9
8.	Conclusión	11
9.	Bibliografía	12

1. Introducción

El estudio de la organización sanitaria, los modelos de sistemas que la sustentan, la gestión de los recursos y la normativa de seguridad e higiene es fundamental en la formación de los futuros técnicos y profesionales sanitarios. La adecuada comprensión de estos elementos permite valorar la evolución y el funcionamiento actual del sistema sanitario español, así como el papel que desempeñan los diferentes actores involucrados en la provisión de servicios de salud.

La organización y gestión eficiente del sistema sanitario se presenta como un reto clave en el contexto sociosanitario actual, caracterizado por la complejidad de la atención, la demanda creciente de servicios, la innovación tecnológica y la necesidad de optimizar los recursos. Además, la regulación y aplicación de la normativa relativa a la seguridad y la higiene adquiere una dimensión esencial para garantizar la protección tanto de los pacientes como del personal.

Desde el punto de vista de la Formación Profesional, profundizar en estos temas resulta imprescindible para capacitar a los estudiantes no solo en la práctica clínica o técnica, sino también en la comprensión de los marcos estructurales, legales y éticos fundamentales para la calidad y seguridad asistencial.

2. Organización sanitaria en España

2.1 Estructura y competencias del sistema sanitario español

La organización del sistema sanitario en España responde a principios de universalidad, equidad, descentralización y financiación pública. La Constitución Española de 1978 sienta las bases legales para la protección de la salud en su artículo 43, disponiendo que es competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y prestaciones necesarias.

La concreción organizativa llegó con la aprobación de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), que estructuró el Sistema Nacional de Salud (SNS) como el conjunto de todas las estructuras y servicios públicos de salud a nivel estatal y autonómico. En adelante, el SNS se configura como un sistema integral que abarca tanto la atención primaria como la especializada, incluyendo recursos hospitalarios y extrahospitalarios.

Por ejemplo, en el contexto provincial, un área de salud puede estar formada por varios centros de salud, un hospital de referencia y unidades de apoyo que proporcionan servicios a una po-

blación definida, administrados por una Gerencia de Área sanitaria que responde ante el órgano autonómico competente.

Las competencias en sanidad están atribuidas fundamentalmente a las Comunidades Autónomas, que adquieren la gestión de los servicios de salud transferidos por el Estado. El Ministerio de Sanidad desempeña funciones de coordinación, alta inspección y legislación básica, mientras que cada comunidad autónoma regula, organiza y gestiona la prestación asistencial en su territorio, de acuerdo a sus peculiaridades y necesidades.

2.2 Descentralización y funcionamiento autonómico

Uno de los aspectos más significativos del sistema sanitario español es su carácter descentralizado. Desde finales de la década de 1980, y especialmente tras las transferencias completas producidas en 2002, las Comunidades Autónomas asumieron la gestión de la sanidad, lo que les permite diseñar y ejecutar sus propias políticas de salud pública, organizar los recursos asistenciales y establecer carteras de servicios complementarias a la común estatal.

Este modelo de descentralización ha permitido adaptar la atención sanitaria a las características demográficas y epidemiológicas específicas de cada región, facilitando la implantación de estrategias propias, como pueden ser los programas de detección precoz de enfermedades prevalentes a nivel autonómico. Por ejemplo, mientras que una Comunidad Autónoma con alta prevalencia de enfermedades respiratorias puede focalizar recursos en campañas de prevención y diagnóstico, otra con mayor incidencia de patologías cardiovasculares puede priorizar la dotación de infraestructura para estas especialidades.

No obstante, la descentralización sanitaria plantea retos en cuanto a la equidad en el acceso a prestaciones, la coordinación entre territorios y la homogeneidad en la calidad de los servicios, aspectos que continuamente se abordan mediante el Consejo Interterritorial del SNS, órgano de coordinación entre el Ministerio y las consejerías autonómicas.

3. Modelos de sistemas sanitarios

3.1 Modelos clásicos: Beveridge, Bismarck y Liberal

A nivel internacional, los sistemas sanitarios pueden clasificarse en tres modelos clásicos según su organización, financiación y acceso:

- **Modelo Beveridge:** Inspirado por el informe redactado por William Beveridge en 1942, es propio de países como Reino Unido o los países escandinavos. Este sistema está financiado a través de impuestos generales, ofreciendo cobertura universal y gratuita en el punto de atención. La provisión de servicios es principalmente pública. Un ejemplo sería el National Health Service (NHS) británico, donde los hospitales y centros de salud dependen del Estado y el ciudadano no paga directamente por recibir atención sanitaria.
- **Modelo Bismarck:** Implantado en Alemania en el siglo XIX por Otto von Bismarck, está basado en seguros obligatorios financiados por trabajadores y empresarios mediante cotizaciones. La provisión de servicios se realiza tanto por entidades públicas como privadas. En Alemania, por ejemplo, los asegurados eligen entre varias Cajas de Enfermedad que gestionan la financiación de la atención sanitaria y negocian con diferentes proveedores de servicios, existiendo libertad de elección y cierto grado de competencia.
- **Modelo Liberal:** Característico de Estados Unidos, donde la financiación y el acceso a la sanidad se sustentan fundamentalmente en seguros privados y el pago directo de los usuarios, existiendo una menor intervención estatal. La cobertura sanitaria depende en gran parte de la capacidad adquisitiva individual, lo que se traduce en desigualdades de acceso y en la atención de grupos vulnerables a través de programas públicos como Medicaid o Medicare.

3.2 Aplicación en el sistema sanitario español

El Sistema Nacional de Salud español presenta una adaptación e integración del modelo Beveridge, al conceder cobertura universal financiada mediante impuestos generales, aunque con elementos de descentralización que lo diferencian del modelo británico clásico. Esto se plasma en la concepción de la salud como un derecho ciudadano y en la prestación de servicios sanitarios gratuitos en el momento de uso.

Por ejemplo, en España, el acceso a la atención primaria no requiere ningún pago directo por parte del usuario, ya que todos los residentes legales reciben una tarjeta sanitaria. Al mismo tiempo, existen ciertos servicios parcialmente cubiertos (como la prestación farmacéutica extra-hospitalaria, que requiere copago) y algunas actividades preventivas de salud pública, como las campañas de vacunación, completamente cubiertas por los servicios autonómicos de salud.

La existencia de sanidad privada y de seguros complementarios permite al usuario elegir acudir a centros privados para determinadas prestaciones o agilizar procesos, lo que introduce ciertos elementos de competencia, aunque la base estructural y de financiación siga el modelo Beveridge.

4. Recursos en el sistema sanitario

4.1 Recursos humanos: formación, distribución y retos

El personal sanitario constituye uno de los activos decisivos para la calidad y eficacia del sistema. En este sentido, es importante distinguir entre el personal médico, de enfermería, técnico sanitario (como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería o Técnicos de Laboratorio), personal administrativo y de gestión, así como personal de apoyo y mantenimiento.

La formación y actualización constante son exigencias fundamentales, gestionadas en España a través de sistemas de formación reglada, formación continuada y especialización (MIR, EIR, FIR, etc.). Por ejemplo, los Facultativos Especialistas de Área acceden a su plaza a través de procesos selectivos públicos, tras superar la formación sanitaria especializada, mientras que los Técnicos de Formación Profesional requieren la superación de titulaciones específicas y, en muchos casos, certificaciones profesionales adicionales.

En cuanto a la distribución del personal, existen retos relevantes vinculados al envejecimiento de la plantilla, las desigualdades entre comunidades autónomas, la escasez de profesionales en determinadas especialidades o el déficit en zonas rurales. Es frecuente, por ejemplo, que se

implementen incentivos para la cobertura de plazas en áreas de difícil acceso o que se recurra a la contratación temporal para garantizar la continuidad asistencial.

La gestión del capital humano requiere también prestar atención al bienestar, motivación y condiciones laborales, apostando por entornos seguros y saludables. El impacto del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios, por ejemplo, ha motivado la puesta en marcha de programas de apoyo psicológico y estrategias para mejorar la conciliación y la satisfacción en el trabajo.

4.2 Recursos materiales y tecnológicos: infraestructuras y equipamientos

Los recursos materiales y tecnológicos comprenden infraestructuras (hospitales, centros de salud, unidades móviles), equipamiento diagnóstico y terapéutico, tecnologías de la información y la comunicación, así como suministros clínicos y farmacéuticos. La calidad de estos recursos es esencial para una atención segura y eficiente.

Las infraestructuras sanitarias requieren una planificación estratégica para responder a las necesidades poblacionales, considerando criterios como accesibilidad, proximidad y capacidad asistencial. Por ejemplo, la distribución y dotación de centros de salud en un área urbana contempla factores demográficos y epidemiológicos que determinan el número de consultas, servicios ofertados y horarios de funcionamiento.

En cuanto a la tecnología, la digitalización de historias clínicas, el desarrollo de sistemas de telemedicina y la implantación de equipamiento avanzado permiten optimizar el diagnóstico y tratamiento. Así, la incorporación de resonancias magnéticas de última generación posibilita diagnósticos más precisos, mientras que los sistemas de información sanitaria integrados favorecen la continuidad de la atención y la coordinación interdisciplinar.

La adaptación al progreso tecnológico también implica la formación y capacitación permanente del personal en nuevas herramientas, así como la gestión eficiente del ciclo de vida de los equipamientos, que deben someterse a revisiones periódicas, calibraciones y actualizaciones para garantizar su plena operatividad.

4.3 Financiación y sostenibilidad

La financiación del sistema sanitario público español proviene, principalmente, de los Presupuestos Generales del Estado y de cada Comunidad Autónoma, sustentándose en un modelo fiscal

de impuestos generales. La sostenibilidad del sistema depende de la adecuada asignación y uso racional de estos recursos, en un contexto de demanda creciente, envejecimiento poblacional, cronicidad y aparición de nuevas tecnologías de alto coste.

El reto de la sostenibilidad reside en equilibrar el gasto sanitario con los recursos disponibles y la calidad asistencial, para lo cual se implementan estrategias como la evaluación económica de medicamentos y tecnologías, la centralización de compras de fármacos o equipamiento, y la promoción de políticas de eficiencia. Por ejemplo, el establecimiento de sistemas de priorización y guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica permite optimizar el uso de recursos y evitar intervenciones innecesarias.

Igualmente, existen fondos finalistas y programas de financiación específicos destinados a innovaciones o mejoras estratégicas, como ocurre con el impulso de la transformación digital, la prevención de enfermedades crónicas o la promoción de la investigación biomédica.

5. Sistema sanitario público en España

5.1 Principios, cobertura y cartera de servicios

El sistema sanitario público español se rige por los principios de universalidad, equidad, accesibilidad, solidaridad y calidad. En virtud de ellos, toda la ciudadanía tiene derecho a la protección de la salud, con independencia de su situación económica y administrativa, mediante la cobertura financiera de los servicios esenciales.

La cartera común de servicios del SNS incluye la atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, prevención, promoción de la salud y prestaciones farmacéuticas, ortoprotésicas y de salud pública. Cada Comunidad Autónoma puede, además, ofrecer servicios complementarios o ampliar la cartera común.

Por ejemplo, mientras que la vacunación infantil está incluida en la cartera común y gestionada por todos los servicios autonómicos de salud, algunos programas preventivos, como el cribado de cáncer de mama en mujeres de determinada franja de edad, pueden haber sido adelantados o complementados por comunidades autónomas concretas en respuesta a necesidades epidemiológicas propias.

La gratuidad en el acceso se matiza con cláusulas de copago en el caso de la prestación farmacéutica extrahospitalaria, reguladas en función de la renta y condición social, asegurando la protección de grupos vulnerables.

5.2 Integración de atención primaria, especializada y sociosanitaria

El sistema sanitario público español se estructura en niveles asistenciales que responden a una lógica de integración y continuidad en la atención:

- **Atención primaria:** Constituye el eje vertebrador del sistema y la puerta de entrada a las prestaciones. Se caracteriza por la integralidad, accesibilidad y longitudinalidad, constituyendo el primer nivel de contacto de la población con el sistema. Por ejemplo, el médico de familia gestiona la atención continuada de sus pacientes, coordina la prevención y deriva a atención especializada si es necesario.
- **Atención especializada:** Se ofrece en hospitales y centros de especialidades, e incluye diagnósticos complejos, tratamientos quirúrgicos y hospitalización. La coordinación entre niveles se articula mediante sistemas de derivación y consulta, así como la gestión compartida de pacientes crónicos o complejos.
- **Atención sociosanitaria:** Responde a las necesidades de personas con dependencia, cronicidad avanzada o discapacidad, integrando los servicios sanitarios y sociales. La existencia de Unidades de Hospitalización a Domicilio o de Equipos de Atención Psicosocial en residencias representan ejemplos de esta integración, facilitando la continuidad asistencial en entornos no hospitalarios.

La integración entre niveles es uno de los desafíos históricos del sistema, abordado mediante la instauración de equipos multidisciplinares, la historia clínica electrónica integrada y los programas de gestión de casos, que permiten un enfoque centrado en la persona y en el trabajo en red entre profesionales.

5.3 Cooperación público-privada

Aunque el sistema sanitario público es el principal prestador de servicios, existen diferentes formas de colaboración con el sector privado, tanto en la provisión de servicios de atención (conciertos, derivación de pacientes) como en el suministro de bienes y tecnologías.

Por ejemplo, determinados procesos de diagnóstico o tratamiento pueden concertarse con centros privados para reducir las listas de espera en áreas específicas. Además, la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias bajo fórmulas de colaboración público-privada (como el modelo PFI, Private Finance Initiative) ha permitido agilizar la dotación de nuevos hospitales o centros especializados.

No obstante, la cooperación público-privada debe garantizar la transparencia, el control de calidad y la equidad, para evitar situaciones de desigualdad o segmentación en el acceso. El marco normativo exige mecanismos de control y evaluación del impacto de estos acuerdos, así como la participación de los profesionales públicos en la gestión de la calidad asistencial.

6. Normativa de seguridad e higiene en centros e instituciones sanitarias

6.1 Marco legislativo básico sobre seguridad e higiene

La normativa española sobre seguridad y salud en el ámbito sanitario se enmarca principalmente en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, que establece el derecho a la protección de la seguridad y salud en el trabajo, y en la Ley General de Sanidad, que regula las condiciones de funcionamiento y seguridad de los centros sanitarios.

El Real Decreto 486/1997 especifica las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, mientras que el Real Decreto 664/1997 regula la protección contra riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Por ejemplo, para evitar el contagio de enfermedades infecciosas, se exige la dotación y uso adecuado de equipos de protección individual (EPI) y la aplicación de protocolos de limpieza y desinfección.

Asimismo, existen normativas específicas sobre residuos sanitarios, seguridad radiológica, manipulación de medicamentos peligrosos y prevención de accidentes. La existencia de comités de seguridad y salud laboral en los centros sanitarios asegura la participación de los representantes de los trabajadores en la gestión preventiva.

6.2 Protocolos, programas preventivos y gestión de riesgos

Los protocolos de seguridad e higiene recogen procedimientos estandarizados para la prevención de riesgos específicos, la promoción de prácticas seguras y la gestión de incidentes. Estos protocolos son elaborados por los servicios de prevención o unidades de riesgos laborales, siguiendo la normativa vigente y las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales.

Por ejemplo, el procedimiento de prevención de pinchazos accidentales obliga al uso de contenedores de objetos punzantes, indica la obligatoriedad de comunicar todo accidente laboral y establece las pautas de seguimiento médico en caso de exposición a agentes biológicos.

Los programas preventivos incluyen la formación continuada en seguridad, campañas de vacunación frente a hepatitis B o gripe para el personal sanitario, y auditorías regulares de los circuitos limpios-sucios, la ventilación y la limpieza de superficies y equipos. La gestión de riesgos comporta la identificación, valoración y control de los mismos, mediante matrices de riesgos, indicadores de siniestralidad y el diseño de planes de contingencia para situaciones de emergencia.

Un ejemplo ilustrativo es la aplicación de simulacros de evacuación por incendios y la instalación de sistemas de detección y extinción en los hospitales, conforme a los planes de autoprotección.

6.3 La cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias

Más allá del cumplimiento legislativo, la promoción de una cultura de seguridad supone el compromiso activo y sostenido de todos los integrantes de la organización sanitaria con la prevención y la mejora continua.

La cultura de seguridad se evidencia en la existencia de canales abiertos para la comunicación y notificación de incidentes sin represalias, la formación y sensibilización periódica de los profesionales, la colaboración interdisciplinar y la evaluación regular de prácticas y resultados.

Por ejemplo, la implantación de sistemas de notificación anónima de eventos adversos permite identificar áreas de mejora y prevenir futuros errores, evolucionando desde una actitud punitiva hacia una orientación proactiva de aprendizaje organizacional. Igualmente, la inclusión de la seguridad en los planes estratégicos de centros sanitarios y la designación de responsables de calidad y seguridad clínica refuerzan la integración transversal de estos valores en la gestión diaria.

La experiencia de la pandemia de COVID-19 ha acelerado la adopción de medidas extraordinarias de protección, reorganización de circuitos asistenciales y adaptación de protocolos, subrayando la importancia de la flexibilidad y de la formación continua para responder con eficacia ante situaciones nuevas o emergentes.

7. Implicaciones didácticas en el contexto educativo

En el currículo de la Formación Profesional, especialmente en los ciclos formativos del área sanitaria, la comprensión del funcionamiento del sistema, de los modelos organizativos, de la gestión de recursos y del marco normativo de seguridad representa un eje principal para el desarrollo de competencias profesionales.

La Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006 de Educación (LOMLOE), orienta el sistema educativo para el desarrollo de las competencias clave, promueve un aprendizaje integral y contextualizado y refuerza la colaboración entre el sistema educativo y el entorno productivo, especialmente en la Formación Profesional. La LOMLOE establece la necesidad de preparar al alumnado para responder a las exigencias sociales y profesionales en contextos reales de trabajo.

El Real Decreto 659/2023, de 18 de julio, por el que se establece la ordenación del sistema de Formación Profesional, introduce elementos innovadores como la flexibilidad curricular, la formación dual, el impulso de la digitalización y la orientación a resultados de aprendizaje vinculados a las necesidades de los sectores productivos, especialmente al sector sanitario.

Desde esta perspectiva, trabajar los contenidos relativos a organización sanitaria y normativa de seguridad en los módulos curriculares contribuye a desarrollar:

- **La competencia para interpretar y aplicar la normativa vigente, tanto en el ámbito de la prestación sanitaria como en la gestión de la seguridad e higiene, adquiriendo sentido crítico y responsabilidad profesional.**
- **La capacidad para desenvolverse en contextos organizativos múltiples, insertando al estudiante en la realidad descentralizada del sistema español, conociendo las diferencias autonómicas en la cartera de servicios, los procesos de derivación y la gestión de recursos.**
- **El desarrollo de hábitos de trabajo seguro, el manejo de protocolos y la interiorización de la cultura preventiva, esenciales para la calidad y seguridad asistencial, así como para la protección de pacientes y profesionales.**

Además, la inclusión de metodologías activas, simulaciones, estudio de casos prácticos y estancias formativas en centros sanitarios (Formación en Centros de Trabajo) refuerzan el aprendizaje significativo, facilitan la adquisición de competencias transversales (trabajo en equipo, comunicación, adaptabilidad) y preparan al alumnado para afrontar los retos del sector salud con una visión integradora, humanista y orientada a la mejora continua.

La Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional, configura el marco en el que se inscribe esta materia: establece un sistema único de formación profesional, acumulable y acreditable, organizado en grados progresivos y vinculado a los estándares de competencia del Catálogo Nacional. Su aplicación didáctica obliga a orientar la

programación hacia resultados de aprendizaje acreditables y a integrar la formación en empresa como parte ordinaria del proceso formativo.

8. Conclusión

El análisis detallado de la organización sanitaria en España, la caracterización de los modelos de sistemas sanitarios, la gestión eficiente de los recursos y el cumplimiento riguroso de las normativas de seguridad e higiene configuran el cuerpo esencial de una formación sanitaria sólida y actualizada. El conocimiento de la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, su descentralización y principios, así como de los recursos que lo sustentan y de la legislación protectora, capacita a los futuros profesionales para desenvolverse con competencia, rigor y responsabilidad, contribuyendo de forma activa a la mejora de la asistencia y la promoción de una cultura de seguridad y calidad en los servicios sanitarios.

9. Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (1986). *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986, 15207–15224.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (1995). *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 10 de noviembre de 1995, 32590–32611.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (2020). *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 30 de diciembre de 2020, 122868–122953.
- Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional. (2022). *Boletín Oficial del Estado*, 78, de 1 de abril de 2022, 43546–43625.
- Piédrola Gil, G. (2016). *Medicina preventiva y salud pública*. Elsevier.
- Real Decreto 659/2023, de 18 de julio, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema de Formación Profesional. (2023). *Boletín Oficial del Estado*, 174, de 22 de julio de 2023, 106265–106464.
- Temes Montes, J. L., & Mengíbar Torres, M. (2011). *Gestión hospitalaria*. McGraw-Hill Interamericana.