

INDICE

INTRODUCCIÓN...	PG.1
1. LA SANIDAD EN CEUTA	PG.2
2. PRESTACIOINES Y FINANCIACION..	..PG.3
2.1 PRETACOINES.	PG.3
2.2 FINANCIACION..	PG.3
2.3 EL GASTO EN LA SANIDAD.....	PG.3
3. OFERTA PUBLICA Y PRIVADA	PG.5
3.1 LA SANIDAD PRIVADA.	PG.5
3.2 LA SANIDAD PÚBLICA....	PG.5
4. LA ORGANIZACIÓN DEL SNS.	PG.6
4.1 ASISTANCIA PRIMARIA.....	PG.6
4.1.1 CENTROS DE SALUD	PG.7
4.1.2 FUNCIONES DE LOS EAP....	PG.7
4.2 ASISTENCIA SECUNDARIA.....	PG.9
4.2.1 CALIFICACION DE LOS HOSPITALES..	PG.9
4.2.2 ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA..	PG.9

ESPAÑA: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Introducción al Sistema Nacional de Salud español

El Sistema Nacional de Salud español es el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Integra todas las funciones y prestaciones sanitarias, responsabilidad de los poderes públicos, al servicio de la salud de los ciudadanos.

Sus características más relevantes son la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria (con una cobertura aproximada de un 99,4% de la población), la financiación pública y la descentralización de su gestión en los gobiernos regionales.

En cada Comunidad Autónoma hay un servicio de salud que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad Autónoma, Diputación, Ayuntamiento y cualquier otra administración territorial intracomunitaria.

El 100% de la población residente en España, independientemente de su nacionalidad, tienen derecho a la salud y a la asistencia sanitaria, es decir, que está cubierta por el sistema sanitario español.

El sistema nacional de salud se configura como el conjunto de los servicios de la salud de la Administración central y de las CC.AA. La asistencia sanitaria se extiende a toda la población con financiación pública y provisión, también básicamente pública, complementada con la privada concertada.

La Ley General de Sanidad , de 25 de abril de 1986, instauro el Sistema Nacional de Salud mediante un proceso gradual, integrando los diversos subsistemas sanitarios públicos existentes (seguridad social, beneficencia, etc.).

A pesar de ello, se dan algunas excepciones. Los funcionarios de la Administración del Estado, Entidades Locales, Justicia y Fuerzas Armadas tienen un régimen separado de protección a través de mutualidades estatales, que pueden concertar la asistencia sanitaria con entidades de seguro privado o con la Seguridad Social.

Igualmente, cierto número de compañías importantes, que cumplen determinadas condiciones, se han constituido en «entidades colaboradoras» y prestan una asistencia personalizada a sus beneficiarios, que suman alrededor de 700.000 personas.

Y, por último, una parte de la población (alrededor de 5.500.000 personas) ha optado por suscribir una póliza de asistencia sanitaria con una compañía de seguros privada, aun cuando gran parte de ella cotiza además a la Seguridad Social.

La Ley General de Sanidad establece como principios generales los siguientes:

Prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Su extensión a toda la población española de forma progresiva.

Acceso en condiciones de igualdad efectiva.

Superación de las desigualdades territoriales y sociales.

Participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales.

Las competencias de planificación y ordenación sanitaria corresponden a las CC.AA., sin perjuicio de la coordinación general sanitaria, que es competencia estatal. El Consejo Interterritorial de Salud, compuesto por representantes de las CC.AA. y del Estado, presenta una enorme importancia intrínseca como órgano permanente de «comunicación e información de los distintos servicios de salud entre ellos y con la Administración estatal».

Artículo 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo

facilitarán la adecuada utilización del ocio.

1. LA SANIDAD EN CEUTA – INGESA

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria surge a raíz del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el que se establece la desaparición del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y su adaptación en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas, a este nuevo Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En cada una de las citadas ciudades, los Centros de Atención Primaria y Atención Especializada dependerán de la Gerencia de Atención Sanitaria. Al frente de las Gerencias existirá un Gerente de Atención Sanitaria.

La Dirección Territorial de Ingesa contrata diversos servicios a pacientes de la Seguridad Social que no pueden ser prestados por el Hospital de Ceuta, entre los que destacan Radioterapia, estudios de perfusión y realización de eco-doppler. También se ha firmado un convenio para la Detección Precoz del cáncer de mama.

Transporte sanitario

Transporte aéreo (helicópteros):

Atención de Urgencias

La prestación de los servicios en los horarios en los que no funcionan los

Equipos de Atención Primaria, se brindan mediante las Unidades denominadas Puntos de Atención Continuada y Servicios Normales de Urgencia, que se engloban bajo la denominación única de Dispositivos de Atención Continuada.

En Ceuta, existe un Punto de Atención Continuada en cada uno de los Centros de Salud (que funciona desde las 17.00 horas a las 21.00 horas los días laborables), y un Servicio de Urgencias de Atención Primaria (desde las 17.00 horas a las 9.00 horas los días laborables, y las 24 horas los días festivos).

2. PRESTACIONES Y FINANCIACIÓN

2.1 PRESTACIONES

El contenido y extensión de las prestaciones asistenciales son comunes para todo el sistema. La normativa actual regula la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Establece las prestaciones no financiables con cargo a la seguridad social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria. En su definición genérica, las prestaciones son:

La asistencia de medicina general y de todas las especialidades médicas en régimen ordinario y de urgencia.

El tratamiento y estancia en centros y establecimientos sanitarios, incluido el tratamiento farmacéutico gratuito y las prótesis.

La prestación farmacéutica extrahospitalaria, con exclusión de productos dietéticos, cosméticos y análogos (se establece una participación del enfermo en el coste de la prestación, que en la actualidad es del 40% sobre el precio de venta, sólo para trabajadores en activo).

Otras prestaciones sanitarias, tales como prótesis, vehículos para inválidos y oxigenoterapia a domicilio. El transporte de enfermos.

2.2 FINANCIACIÓN

El sistema de financiación se modifica sustancialmente a partir del año 1988. Hasta esta fecha existe una aportación mayoritaria de la Seguridad Social, a través de las aportaciones de empresarios y trabajadores mediante cuotas sobre los salarios. A partir de esta fecha es la aportación mayoritaria de los Presupuestos Generales del Estado.

El estado español cubre las necesidades sanitarias de todos sus ciudadanos mediante el Sistema Nacional de Salud, financiado a través de impuestos y regentado por las Comunidades Autónomas.

Es un hecho generalmente admitido en el mundo occidental que, al ser la asistencia sanitaria un bien de primera necesidad, nadie debe quedar excluido de sus beneficios. Por tanto, debe ser financiada, al menos en su mayor parte, por la Administración pública

El sistema sanitario español es público, es decir, está financiado por los impuestos de todos los españoles. Sus empleados son funcionarios que acceden al puesto a través de una oposición o de un concurso-oposición. Este modo de organización se da también en otros países como Italia, Canadá o Dinamarca. El sistema público está implantado en España desde hace años, y cuenta con una buena percepción por parte de los usuarios, si bien es cierto que uno de los problemas que todavía no se ha resuelto, y que suscita muchas críticas, es el de las listas de espera.

2.3 EL GASTO EN LA SANIDAD

Diversos factores contribuyen al incremento del gasto sanitario en todos los países desarrollados y de manera especial:

El envejecimiento de la población. El aumento de las personas mayores no sólo tiene el efecto de reducción de los ingresos fiscales o de las cotizaciones, sino un incremento del gasto sanitario, puesto que tienen mayores necesidades objetivas.

La innovación tecnológica. La nueva tecnología en el campo de la electromedicina ha generado un aumento notable del gasto, aun cuando no siempre su utilización es eficaz, ni siquiera necesaria en algunos casos.

Las nuevas patologías y enfermedades crónicas. Determinados estilos de vida y hábitos poco saludables son causa de la aparición de nuevas enfermedades, con un importante aumento del gasto. La medicina moderna, capaz de sostener a los enfermos crónicos, provoca también un incremento importante en el consumo sanitario.

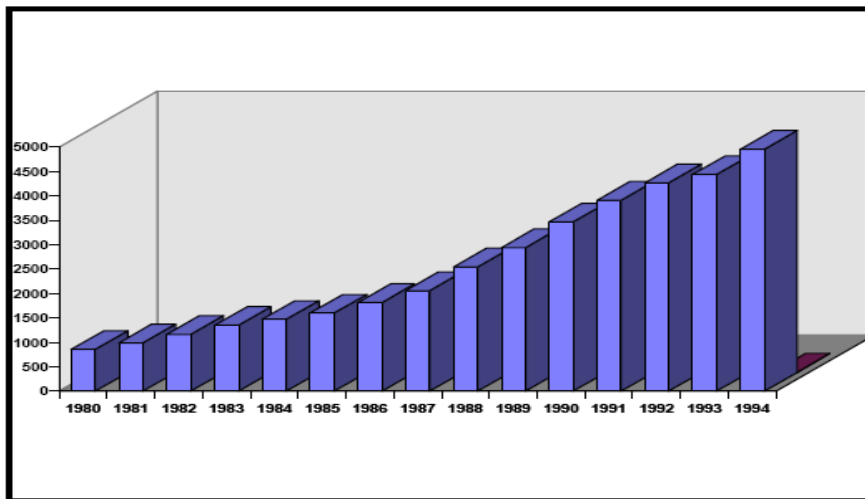
Cambio en el nivel de exigencia de los pacientes. Es patente que el incremento del nivel de vida y la formación de las personas, unidos a una mayor conciencia de la participación en los gastos sociales a través de los impuestos, han originado una mayor exigencia en la calidad de los servicios.

Todos estos factores inciden en la posibilidad de un notable aumento del gasto sanitario en los próximos años, muy en consonancia con la evolución que han tenido los países de nuestro entorno más próximo.

Así, el gasto sanitario en España ha pasado de 1.314,8 millones de pesetas de 1982 a 3.739,5 millones en 1992 y los escenarios probables de gastos totales en Sanidad en España pasarán del 7,1% del PIB de 1992 al 8,3% del año 2000.

España está en un nivel del 97% del gasto sanitario público respecto a la media de la UE y ya a un 100% en gasto privado en salud. Detecta una muy fuerte correlación entre renta – gasto sanitario y más fuerte aún entre renta – gasto público sanitario. El análisis empírico se limita a valores medios, unas pocas correlaciones, pero manejadas con sensatez.

Gráfico 1. Gasto Sanitario total en España (miles de millones de pts.)



3. OFERTA PÚBLICA Y PRIVADA

Los medios de provisión pública son insuficientes para la atención de toda la población beneficiaria de asistencia sanitaria. Es necesario establecer conciertos con aquellas entidades privadas que complementen la oferta pública existente.

La distribución de camas de todo el sistema nos indica que el 30% de las camas son de titularidad privada. Esta proporción no es la misma en todas las CC.AA.

El tamaño medio de los hospitales públicos es muy superior al de los hospitales privados. Esto se traduce en que estos últimos, salvo excepciones, llevan a cabo tratamientos médicos y quirúrgicos sencillos, dejando para los hospitales públicos las patologías más complejas.

La proporción es inversa cuando se trata de camas de larga estancia, donde el 60% corresponde a la red privada y el 20% a la red pública no estatal.

Más del 90% de la población utiliza este sistema para sus necesidades médicas. Este sistema permite a los españoles elegir su médico de cabecera, a través del cual obtienen acceso al resto del sistema.

La mayoría de los pacientes consiguen una cita con su médico en un día o dos desde la solicitud. No suele suponer ningún gasto extra a los pacientes ya que la comunidad autónoma corre con los gastos.

Para consultar a un especialista, los pacientes han de ser remitidos por el médico de cabecera, excepto en caso de urgencia. Desgraciadamente, como en la mayoría de los países europeos, las listas de espera para visitar a los especialistas o para intervenciones voluntarias o no urgentes suelen ser largas. Por último, el sistema sanitario público español sólo cubre la atención sanitaria (con algunas excepciones), los tratamientos dentales y los problemas ópticos van por la vía privada.

3.1 LA SANIDAD PRIVADA

En los últimos años la sanidad privada ha ganado en importancia. Se estima que un 15% de la población posee seguros médicos privados, incluidos la mayoría de los funcionarios públicos, a los que se les da la opción de elegir entre el sistema público y el privado. Los seguros pueden utilizarse bien como complemento o como alternativa a la sanidad pública.

La ventaja del seguro privado es que las compañías tienen sus propias redes de hospitales, clínicas y laboratorios, por lo que los asegurados no tienen que esperar tanto para ser tratados. El único problema es que las compañías pueden insistir a los pacientes en que utilicen sólo médicos que sean miembros de su grupo. Sin embargo, la mayoría tienen programas que reembolsan el 80% de la factura de médicos de fuera del grupo. Las compañías de seguros privados más importantes son Adeslas, Asisa y Sanitas.

3.2 SANIDAD PÚBLICA. CARACTERÍSTICAS:

- Tiene funciones de vigilancia de la salud
- Lo que hace básicamente es generar información para actuar
- Es el sistema menos caro desde el punto de vista financiero, de todo el sistema sanitario sólo requieren del 4-6% del total.

4. ORGANIZACIÓN DEL SNS: DOS NIVELES

Esta organización esta pensada para que el nivel básico sea el primer contacto de los ciudadanos con el sistema de salud. Así, si el primer nivel no puede resolver el problema de salud, la persona es derivada al segundo. El nivel de asistencia primaria actúa de filtro del sistema.

El trabajo es distinto según se realice en cada uno de los dos niveles de asistencia, porque cada uno de ellos tiene una diferente función y organización.

4.1 ASISTENCIA PRIMARIA

Como ya hemos visto el SNS español esta organizado en dos niveles:

- nivel de atención primaria de salud
- nivel de atención especializada

Como también se ha mencionado las áreas de salud se subdividen en zonas básicas de salud. En cada una de ellas se encuentra un centro de salud que presta la atención básica de salud. En cada área de salud pueden existir quipos de apoyo que prestan los servicios que considerándose propios de la atención primaria no son prestados directamente por el centro de salud.

Atención primaria: es el pilar básico de la asistencia sanitaria (curación y prevención de la enfermedad y promoción de la salud) es el 1º nivel de contacto de los usuarios con el sistema y esta dirigido a individuos, familia y comunidades buscando activamente la participación de éstos en la promoción y mantenimiento de la salud. El trabajo es desarrollado por médicos de familia, pediatras, personal sanitario y no sanitario. Todos ellos constituyen el equipo de asistencia primaria.

La atención primaria de salud tiene como objetivo curar la enfermedad, impedir su aparición, lo que favorece que aumente el nivel de salud. Para impedir su aparición haciendo que los factores responsables de su génesis no pueda producirla efectivamente. Para ello se promoverá todo aquello que aumenta el nivel de la salud de la persona. Esto se fundamenta en que es mejor para las personas no enfermar que ser curada. Lógicamente les ahorra sufrimiento y en muchas ocasiones es más fácil y efectivo impedir la aparición de la enfermedad que tratar de curarla.

Características:

- Es el primer contacto que se tiene con el sistema de salud
- Es la que se imparte en los centros de salud

- La diferencia que poseen con la especializada es la concentración de tecnología (en los hospitales hay mayor cantidad)
- Uno de los retos es convencer a la población de que la inmensa mayoría de las enfermedades se pueden solucionar con poca tecnología
- Requieren el 25% del gasto sanitario
- El sistema español beneficia más a los hombres que a las mujeres
- No se puede atribuir a las mujeres la asistencia vicaria (hacer algo en nombre de alguien)
- A las mujeres les apuntan todas las estancias obstétricas
- Las mujeres se benefician de la atención primaria

La rehabilitación.

La LGS hace énfasis en las actuaciones sanitarias orientadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de enfermedades y la rehabilitación y reinserción del paciente. Las limitaciones más importantes son las que se refieren a la asistencia dental (sólo se admiten las extracciones simples), al lento proceso de integración de la asistencia psiquiátrica y a la muy escasa promoción de la salud y prevención sanitaria que se efectúa.

4.1.1 CENTROS DE SALUD: es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integrada, permanente y continuada. En el medio rural pueden existir consultorios locales en los diferentes núcleos de población o municipios de las zonas básicas de salud, considerándose centro de salud en que se encuentra en el municipio cabecero, el denominado equipo de atención primaria (EAP) esta formado por profesionales sanitarios y no sanitarios de distinta cualificación, dirigidos por un coordinador médico. Éstos equipos de atención primaria constan de un núcleo básico de profesionales formado por médicos generales, pediatras, puericultores, enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo y celadores. Además mantiene estrecha correlación con veterinarios y farmacéuticos titulares. Su ámbito de actuación es la zona básica de salud. El nº de profesionales del equipo depende de la población adscrita, cada médico debe tener entre 1250–1500 personas, los pediatras entre 1250–1500 niños hasta 14 años de edad. Se entiende por trabajo en equipo:

- marcarse unos objetivos comunes
- reconocer la capacidad de competencia de cada profesional adscrito de forma multidisciplinal
- mantener criterios de coordinación para distribuir funciones y actividades
- participar en común en la toma de decisiones y evaluación continuada del EAP

Este equipo básico cuenta con elementos de apoyo especializados en odontología, salud mental, atención a la mujer, laboratorio, radiología, farmacia, veterinaria y salud pública y comunitaria.

Los equipos de atención primaria se comunican e interrelacionan con la asistencia de salud pública a nivel local, provincial y autonómico.

4.1.2 FUNCIONES DE LOS EAP

- Prestar asistencia sanitaria: ambulatoriamente ya sea demanda del usuario o de forma programada, también se presta asistencia domiciliaria y de urgencia en colaboración con los equipos especializados.

El sistema de cita previa permite al paciente acudir a la consulta de su médico de familia en fecha y

hora previamente concertada telefónicamente, reduciéndose los tiempos de espera. Además, se optimiza la distribución del volumen asistencial entre los diferentes días de la semana. Los pacientes también pueden acudir directamente al centro sin haber solicitado cita previa en lo que se denominan visitas urgentes. Las visitas programadas se solicitan con mas antelación, generalmente son para el control de pacientes crónicos incluidos algunos de los programas específicos del centro (diabetes, hipertensión,...) o para actividades de prevención y promoción de la salud.

El centro de salud presenta dos modalidades de atención domiciliaria:

- espontanea: que en algunos casos es de carácter urgente, generalmente la realiza el médico.
- programada: con tareas de prevención, educación sanitaria, promoción de autocuidado y rehabilitación con objeto de mejorar la calidad de vida, puede ser una visita medica o de enfermería, en éste último casi incluye control y administración de fármacos por vía oral o parenteral, toma de constantes vitales, sondaje, extracciones sanguíneas, cura de heridas post operatorias, etc...

Además, se han implantado puntos de atención continuada en lo que se atiende a los pacientes fuera del horario habitual del centro de salud. En zonas urbanas esta atención se continua prestando mediante dispositivos específicos, mediante que en el ámbito rural es el EAP quien asume la atención continuada y de urgencia que se realiza en el centro de salud.

- Realizar actividades de promoción de la salud, mediante la educación sanitaria de la población sana y enferma, actuaciones sobre el medio ambiente y el fomento de la participación de la comunidad en la resolución de problemas de la salud. Sus objetivos son la adquisición de conocimientos, el desarrollo de hábitos y actitudes favorables hacia la salud.

Es importante la colaboración de otros miembros de la comunidad como padres, maestros, farmacéuticos, veterinarios y autoridades locales.

- Prevención de enfermedades, se dirige a problemas identificados en el diagnóstico de la salud, en grupos concretos de población mediante programas específicos como puede ser los programas de vacunación infantil, programas de diagnostico precoz de cáncer, campañas de vacunación antigripal a grupos de riesgo.
- Llevar a cabo actividades de docencia y formación continuada para los miembros del equipo, así como investigaciones clínicas y epidemiológicas.
- Llevar a cabo el diagnostico de salud de la zona para conocer el nivel de salud de la población y los factores que lo condicionan. Igualmente, permite conocer el grado de consecución de los objetivos de salud planteados en los distintos programas que realiza el centro. Los programas básicos que se consideran de atención primaria son:
 - programas materno – infantil
 - programas de atención al adulto y anciano
 - programas de atención al medio
- evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- Docencia e investigación: los EAP realizan actividades de formación pre y post graduados, así

como estudios clínicos y epidemiológicos.

- Participar en programas de salud mental, laboral y ambiental.
- Trabajo en equipo: esta motivado por la complejidad científica y tecnológica de los cuidados de salud actuales y sirve para mejorar la eficacia de la organización.
- Actividades de atención a la comunidad: son un componente muy importante de la atención primaria y derivan de pensar que algunos de los problemas de salud que afectan a la persona tienen su origen o se abordan mas efizcamente cuando se diagnostican y tratan a la comunidad. En este tipo de actividades se trabaja mediante programas, es decir, acciones planificadas que pueden tener varias fases y pueden someterse a evaluación para conocer su grado de éxito. En las acciones sobre al comunidad se tiene en cuenta a las instituciones comunitarias (ayuntamientos, diputaciones, etc...) y a las personas influyentes de la comunidad.

Los programas se hacen sobre poblaciones especificas: niños, trabajadores, mujeres, ancianos, etc... por ejemplo, están muy difundidos los programas de salud bucodental para niños, accidentes infantiles, prevención de drogodependencia, etc...

4.2 ASISTENCIA SECUNDARIA

La asistencia secundaria se caracteriza por:

- Se realiza en hospitales y centros de especialidades dependientes de éstos.
- Prestar atención sanitaria de amor complejidad, es decir, aquella que no ha podido ser ofrecida por los profesionales del nivel de atención primaria.
- Desarrollar el resto de las funciones de los hospitales
- La función fundamental del hospital es prestar asistencia especializada generalmente e régimen de internamiento, realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad conforme a los programas de cada área de salud, así como la investigación y la docencia.
- Acceso a los servicios hospitalarios se llevará a cabo una vez que las posibilidades del diagnósticos y tratamiento es los servicios de atención primaria se hayan visto superados, salvo en aquellos casos de urgencia vital.

Estos centros de especialidad no deben confundirse con las consultas externas de los hospitales, en ellas hay también especialistas que asisten en régimen ambulatorio a sus pacientes pero sólo atienden aquellos que han estado ingresados en el hospital o que vana estarlo al cabo de poco tiempo.

4.2.1 CLASIFICACION DE LOS HOSPITALES

- pública
- Según su dependencia patrimonial
- Privada
- Baja complejidad
- Nivel asistencial, nivel técnico y las instalaciones media complejidad
- Alta tecnología
- Hospital de agudos o de corta estancia
- Tipos de paciente
- Hospital de crónicos o de estancia media-larga
- Hospitales generales: todas las especialidades
- Según su función
- Especiales monográficos: se dedican preferentemente a unas determinadas especialidades.

- Dentro de los hospitales generales se puede establecer varios tipos, teniendo en cuenta alguna de las clasificaciones mencionadas:
- nivel a: hospital comarcal o básico
- nivel b: hospital general de distrito o referencia
- nivel c: hospital general de alta tecnología o regional, dispone de todas las especialidades en hospitalización, consultas externas y urgencias. Sus servicios de diagnósticos y tratamiento son adecuados al tamaño y tecnología de que dispone.
- La utilización de estos servicios se suele hacer por niveles, aunque los casos graves y urgentes suelen requerir hospitalización desde el 1º momento.

4.2.2 ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

La organización del hospital incluye la jerarquía del responsable (grado de responsabilidad) y la división de trabajo en diversas funciones (tipo de trabajo). De forma que si queremos saber el lugar que ocupa una persona en una empresa (en este sentido el hospital es una empresa) tendremos que conocer su grado de responsabilidad y el trabajo específico que realiza. Cuando esta organización se representa de manera sinóptica o esquematiza al resultado se le denomina organigrama.

Aunque varía de un hospital a otro, veremos a continuación un organigrama tipo de un hospital público de complejidad media en la dirección del hospital hay órganos unipersonales o comisiones. En este último caso la composición es variable estando en general formada por los responsables de divisiones y servicios y también en ocasiones por personas que no trabajan en el hospital como los responsables de la comunidad a la que el hospital atiende. Las comisiones deben reunirse con una periodicidad preestablecida, la gerencia y la dirección pueden tener nombrado a los correspondientes subdirectores que colaboran con los directores respectivos.

4

10