451 GESTIÓN HOSPITALARIA

PARTE PRIMERA

ORGANIZACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

- **EL PRODUCTO Y EL PROCESO PRODUCTIVO EN EL HOSPITAL**
- **El producto hospitalario**

En el hospital, como empresa de servicios, el producto es intangible y se identifica con el servicio mismo que se presta a cada paciente. Por ello, la medición resulta complicada y la calidad difícil de medir. Es poco homogéneo. No hay enfermedades sino enfermos. El mismo diagnóstico en dos pacientes tiene en éstos reacciones distintas, pronóstico diferente en función de la edad, circunstancias, reacciones adversas, etc., y, por tanto, ambos consumen recursos en cuantía distinta.

Se puede afirmar que, estrictamente, un hospital genera tantos productos como pacientes trata.

La dificultad práctica para una gestión racional que se deriva de ese casi infinito número de casos distintos ha conducido a la necesidad de establecer una tipología de casos que se atienden. Se trata, en definitiva, de agrupar a los pacientes, en función de características homogéneas desde el punto de vista de sus aspectos más significativos o relevantes. Esto ha dado lugar a distintos sistemas de medición de la diversidad de pacientes.

Es fácil de entender que la dificultad real de hallar unidades de medida que expresen el proceso de producción en un hospital haya conducido ala obtención de soluciones convencionales.

A efectos prácticos, la salud se identifica con el resultado hospitalario, el alta hospitalaria es el producto final. A su vez, el producto finan o alta hospitalaria se identifica con las diferentes combinaciones de productos intermediarios.

Una adecuada evaluación de la actividad hospitalaria requiere tener en cuenta dos componentes:

- La eficacia, referida al resultado.
- La eficiencia o recursos empleados en el producto final o alta hospitalaria.

El proceso productivo dentro de un hospital puede encuadrarse en un sistema con cuatro niveles de integración.

- *De tipo estructural*. Corresponde a la estructura del hospital: número de camas, quirófanos, personal, tecnología, etcétera.
- *Relación que el paciente establece con la estructura*. Utilización que hace el paciente de los recursos del hospital.
- *El tercer nivel sería el propio de la función de producción secundaria.* Incluye las posibilidades combinaciones entre los pacientes y los recursos aplicados a ellos.
- *El hospital como productor de salud en su conjunto.* Durante muchos años, y todavía se sigue haciendo en muchos hospitales, el producto hospitalario se ha medido en función del servicio que presta el hospital. En este sentido se distinguían:

    - La consulta externa: en su doble versión de primera consulta y revisión.
    - Las urgencias: es una consulta que reviste esa singularidad.
    - La hospitalización: entendida como estancias (camas ocupadas).

- **El case−mix o la diversidad de pacientes**

Algo es relevante en función de la finalidad que se pretenda. Por ejemplo, como ya se ha dicho, hasta recientes investigaciones y todavía hoy, la actividad hospitalaria se ha expresado en forma de parámetros, como número de consultas (nuevas y revisiones), número de estancias, urgencias, etc. Son fáciles de obtener, pero no reflejan los rasgos diferenciales de los pacientes, ni el consumo de recursos de unos y otros.

Los sistemas de medición del *case−mix* tratan de crear grupos de pacientes homogéneos desde el punto de vista de los aspectos relevantes. En definitiva, se trata de definir y cuantificar los factores importantes que componen la diversidad de los pacientes.

El sistema más generalizado de medición del *case−mix* es el de la clasificación de pacientes, según determinadas categorías. Se deben tener en cuenta tres aspectos para un sistema de clasificación:

- Elección de criterio. Es decir, los factores relevantes que se eligen. Por ejemplo, probabilidad de muerte, consumo de recursos, etcétera.
- Objetivos que se pretenden.
- Metodología utilizada.
- **Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)**

Los grupos relacionados con el diagnóstico configuran el sistema más extendido de medición del *case−mix* y el más aceptado para describir la producción hospitalaria.

El hospital, repetimos una vez más, tiene tantos productos como pacientes trata. Sin embargo, aun siendo cada paciente único, presenta rasgos tanto diagnósticos como terapéuticos comunes a otros pacientes y recibe un nivel de servicios similares.

Los grupos relacionados con el diagnóstico son el fruto de una larga investigación de cerca de veinte años que culmina en los años ochenta.

Como ya se ha comentado, los investigadores trataron de establecer con los GRD una clasificación de pacientes, cada uno de los cuales recibe igual cantidad de servicios hospitalarios.

Categorías Diagnósticas Mayores (CDM)

- Enfermedades y trastornos del sistema nervioso.
- Enfermedades y trastornos del ojo.
- []
- Factores que influyen en el estado de su salud y [].

Estas tienen subclases por edades y la presencia o no de complicaciones o morbilidad, etcétera.

- ***Utilidad de los GRD***

El sistema de los GRD presenta a su favor la facilidad de manejo, por cuanto responde a un número limitado de casos con una información relativamente fácil de obtener.

Permite definir el producto que suministran los hospitales en función de su contenido, es decir, el conjunto de servicios que recibe cada paciente.

Permite relacionar dichos servicios con los recursos que implican. El consumo de recursos es muy

variable entre unos médicos y otros.

La eficiencia en el uso de los recursos resulta, pues, de importancia capital.

Al definir los productos del hospital, permiten medir la eficiencia con la que se utilizan los recursos.

- ***Limitaciones de los GRD***

Una de las limitaciones que es patente en los GRD es precisamente el escaso número de categorías que abarca. No engloba a todos los pacientes, especialmente a aquellos con enfermedades menos ortodoxas, más complejas o más graves.

La crítica de mayor envergadura se refiere a que los GRD no incluyen el grado de severidad de los pacientes.

Por otro lado, la clasificación de los GRD se ha realizado sobre la base de las prácticas médicas conocidas y preestablecidas. Se aceptan como procedimientos estandarizados y prestaciones de servicios los que ya existen. Esto puede llegar a limitar la autonomía del médico para adoptar soluciones distintas y obligarle a actuar dentro de los parámetros fijados.

451 GESTIÓN HOSPITALARIA

PARTE PRIMERA

ORGANIZACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

- **LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Introducción

Son muy diversos los componentes de la actividad humana que tienen relación con el nivel de salud de las personas y de la colectividad. Esto ha conducido a distintas definiciones de salud que, a su vez, condicionan los sistemas de salud existentes.

Esto hace que la salud sea un concepto relativo y multidimensional: variable dependiente en la que influyen diferentes aspectos relacionados con el entorno, hábitos de vida, factores biológicos, etc., (alimentos, vivienda, agua, clima, deporte).

Para la Real Academia Española, salud es el estado en que un ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

La OMS considera que el sistema de salud incluye componentes interrelacionados del medio ambiente, de las instituciones educativas, aspectos de la vivienda, condiciones laborales y otros sectores relacionados.

La OMS recomienda la colaboración intersectorial.

En nuestro país la salud es un derecho de todos los ciudadanos. En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, para proteger a los productores más débiles de la industria y el comercio.

La Constitución Española (art. 43), reconoce el derecho a la protección de la salud y compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y servicios

sanitarios.

La Ley General de Sanidad de 1986 completó el desarrollo normativo estableciendo que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.

A partir de 1989 se puso en marcha la universalización de la asistencia sanitaria. Su implantación originó un aumento de un millón de personas que hasta entonces no disfrutaban de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y un aumento de beneficiarios del 4 por 100.

La auténtica prestación de servicios sanitarios incluye: la promoción de la salud; la prevención de enfermedades; el tratamiento y la rehabilitación.

Uno de los componentes más destacados de un sistema nacional de salud es su organización, para el cual se movilizan diversos recursos, con mayor o menor grado de centralización, en función de la distribución geográfica que se realice.

El sistema sanitario debe gestionar recursos físicos, económicos y humanos. La gestión implica:

- Planificación: desarrollo de programas y creación de recursos.
- Administración: movilización y eficacia de recursos.
- Regulación: consecución de estándares (de calidad).
- Legislación: política sanitaria.

Características de los servicios

- Propiedad. Los clientes no adquieren la propiedad sino el uso o disponibilidad del servicio.
- Contacto directo con el cliente. Personalización de la oferta.
- Participación del cliente. Puede especificar el servicio, coproducirlo, controlar su calidad, comercializarlo (transmisión oral). En el hospital el cliente tiene una posición de debilidad frente a la organización, escaso grado de participación. Está dominado.
- Intangibilidad.
- Inseparabilidad del proceso de producción−consumo. El servicio se elabora, comercializa y consume en el mismo momento.
- Heterogeneidad. No hay dos consumidores iguales. Los servicios son difíciles de generalizar.
- Son perecederos. Caducidad. No pueden almacenarse.
- Difíciles de medir.
- No pueden inspeccionarse.
- La calidad no puede predeterminarse.
- Tienen una dimensión temporal.
- Se prestan tras una solicitud.
- Son más críticos en unas industrias que en otras (sanidad pública: error cero).
- Implican la fiabilidad humana. Calidad del servicio: previniendo el error).
- Problemas de percepción del cliente: relativo y subjetivo. Otros aspectos influyen en su valoración (ambiente, trato). Gestión de calidad.

Los organismos públicos

Son instrumentos de búsqueda y consecución de los objetivos de las organizaciones colectivas (estado, comunidad autónoma, municipio).

Sus características son:

- Los objetivos no suelen tener naturaleza económica.
- Conllevan contraprestación económica (aunque normalmente de forma indirecta: impuestos).

- Puede existir conflicto de intereses entre los diversos grupos afectados por la gestión de organismo público (usuarios, personal, proveedores,).

Clases de actuaciones públicas

- El servicio público individualizado: actividades que se proporcionan a personas o grupos concretos, en régimen de monopolio público o en competencia con otros organismos públicos o privados.
- El servicio público directo: actividades que se prestan a toda la sociedad sin que haya usuarios individuales.

La asistencia sanitaria individualizada en régimen de monopolio público

- La salud es un derecho fundamental.
- Se debe cubrir todo el mercado (zonas, servicios).
- Debe ofrecerse incluso a aquellas personas que no lo pueden pagar.
- Existen dos tipos de monopolio: la sanidad pública como monopolio natural ya que se necesitan economías de escala para rentabilizar los costes de multitud de ofertas y la sanidad pública como monopolio por motivos económicos ya que se debe ofrecer asistencia médica a los grupos menos favorecidos.

La asistencia sanitaria individualizada en régimen de competencia

- Oferta privada.
- Existencia de competencia en algunos sectores sociales con respecto a algunos servicios.
- Complementa a la pública (conciertos).
- Estrategia de nicho o alta segmentación.

La asistencia sanitaria como servicio directo a la comunidad

- Se considera que el servicio no tiene usurarios individuales, se dirige a toda la sociedad (actividades de promoción, prevención de la salud, etc.).
- **La atención primaria**

  Es la puerta de entrada al sistema y a la propia atención sanitaria.

  Comprende la asistencia prestada por los médicos generales, pediatras y enfermeras, bien en consultorios rurales o urbanos, en centros de salud. También se da asistencia a domicilio.

  Este primer nivel asistencial incluye los servicios de urgencia extrahospitalaria y los puntos de atención continuada de los centros de salud, así como la extracción periférica y parte de las instalaciones de diagnóstico complementario básico (radiología simple, laboratorios de análisis clínicos sencillos y electrocardiograma).

  Los nuevos servicios de atención primaria atienden también, aunque no de forma homogénea, la planificación familiar y la atención a la mujer, actividades preventivas, salud mental, trabajo social sanitario y fisioterapia básica, por medio de unidades específicas.

  En relación con otras facetas de organización, los médicos generales llevan a cabo tres tareas:

- Regulan el acceso a las consultas de los especialistas del hospital, debido a la obligatoriedad del documento de derivación, excepto para urgencias.
- Cumplimentan, además de las propias, las recetas de los especialistas.
- Controlan las bajas laborales a través de los partes de incapacidad laboral transitoria.

  En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se

atenderá al individuo, la familia y comunidad, desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención sanitaria (art. 56 LGS).

♦ **Atención especializada**

De acuerdo con el artículo 65 LGS, el hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia. En los hospitales también se llevan a cabo las labores de docencia e investigación, sin limitarse únicamente a la tarea asistencial. La red de asistencia especializada cuenta con hospitales de distinto tipo:

♦ Hospitales de agudos.
♦ Hospitales de crónicos.
♦ Hospitales monográficos.

Teniendo en cuenta la planificación territorial, existen distintos niveles de complejidad en los hospitales generales, en razón del ámbito de `población al que atienden y los servicios y especialidades de que disponen (hospitales de nivel secundario y de nivel terciario).

La aproximación de los servicios sanitarios a toda la población, la integración de todas las funciones en el marco de un ámbito territorial y la descentralización, son principios que, con mayor o menor acierto, han inspirado una gran parte de las políticas sanitarias de nuestro entorno.

Teniendo en cuenta estos principios, se constituyeron las áreas de salud como las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de cada comunidad autónoma y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios que éstos han de desarrollar (art. 56 LGS).

♦ **El área de salud**

Como ya se ha dicho, el área de salud es la estructura fundamental del sistema sanitario. Con el fin de lograr la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios en el ámbito primario, las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud. Esta delimitación se realizará teniendo en cuenta:

◊ La distancia máxima de la población más alejada de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido.
◊ Grado de concentración o dispersión de la población.
◊ Las características epidemiológicas de la zona.
◊ Las instalaciones y recursos sanitarios de la zona.

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan su actividad los centros de salud, centros integrales de atención primaria.

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

Como norma general, cada área de salud extenderá su acción a una población entre 200.000 y 250.000 habitantes y se delimitará teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación.

Asistencia especializada Área de Salud

Zona básica 1 Zona básica 2 Zona básica 3

Atención primaria Atención primaria Atención primaria

Equipos de apoyo

atención primaria

- **La salud pública**

La actuación de la sanidad pública española se caracteriza por:

- ◊ Un régimen teórico de competencia. El mercado no determina precios y calidad. Es un monopolio con competencia privada en algunos segmentos.
- ◊ La sanidad española no sólo contempla la asistencia sanitaria, sino la prevención promoción de la salud (importante y difícil tarea que requiere la intervención estatal).
- ◊ Los distintos servicios de salud (nacionales y de las comunidades autónomas) no compiten entre sí, sino que se reparten el mercado con base geográfica. *Regionalización*.
- ◊ La oferta sanitaria privada no puede competir en todo el mercado y con respecto a toda la población.
- ◊ El usuario carece de referencias para apreciar la calidad de los servicios sanitarios públicos. No debe compararse con la oferta privada sino con otros servicios de otros países.

El artículo 8 LGS afirma que «se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, que debe tener como base un sistema organizado de información sanitaria, de vigilancia y de acción epidemiológica».

Surge así, con entidad y contenido propio, la salud pública, con una función de información, vigilancia, protección y promoción en todo aquello que afecte positiva o negativamente a la salud. Adquiere, por su misma naturaleza, un carácter de totalidad o universalidad, en la medida en que afecta a todo el medio en el que se desarrolla la vida de los individuos.

Desde el punto de vista de su contenido material, podrá establecerse la siguiente división:

- ◊ Salud laboral. Higiene y medicina del trabajo; seguridad social.
- ◊ Higiene y alimentación. Establecimientos alimenticios; mataderos industriales; antropozoonosis; desinfección y desratización.
- ◊ Salud ambiental. Agua de consumo; residuos líquidos; residuos sólidos; contaminación atmosférica; urbanismo; vivienda; locales públicos y colectivos; alimentos.
- ◊ **Planificación y cálculo de recursos sanitarios**

  Cualquier sistema de planificación, en este caso de asistencia sanitaria, debe adecuar una oferta a una demanda estimada. Los recursos sanitarios deben satisfacer las necesidades existentes.

  Esto que parece tan sencillo de formular no lo es tanto cuando esta adecuación

aparece en toda su complejidad. No basta una simple consideración cuantitativa de los recursos o de la propia demanda. Ambas requieren matizaciones cualitativas que obligan a un diagnóstico preciso para determinar las acciones que se han de tomar.

En los años setenta, la planificación regional adquirió carta de naturaleza, especialmente en Europa. Se base en el establecimiento de áreas geográficas con determinadas características, que pudieran ser administradas de manera razonable.

Aunque no exista un tamaño estandarizado de una región sanitaria, es una manera de racionalizar las estructuras administrativas y hacer efectiva la oferta de servicios sanitarios.

Junto a la planificación territorial, la epidemiología ha irrumpido en el campo de la planificación sanitaria y, más específicamente, en lo que se ha llamado la medicina comunitaria. En la medida en que la epidemiología identifica los problemas de salud, efectúa una aportación de singular importancia para la planificación sanitaria, sin olvidar la posterior evaluación de las medidas que se adoptan para lograr los objetivos de salud.

Los sistemas que se han utilizado para calcular los recursos sanitarios que satisfacen la demanda son muy diversos. Se utilizan con frecuencia como orientativos y elementos de comparación. Algunos de estos métodos son los siguientes:

◊ El que se basa en las necesidades de salud. Responde a las necesidades conocidas y cuantificadas.
◊ El que se basa en los objetivos de los servicios. Mediante este método se definen los objetivos de servicios producidos y de volumen de recursos.
◊ El que se basa en la utilización de servicios. Trata de hacer una estimación de los servicios que utilizará la población en el futuro, partiendo de las necesidades actuales.
◊ El que se basa en estándares o índices (*ratios*). Entre ellos están:
  · Índice de recursos sanitarios. Se utiliza el índice del número de camas por mil habitantes, tanto en hospitalizaciones de agudos, como de larga estancia, etc. Es frecuente también el de número de médicos por mil habitantes.
  · Índices de demanda. Se utilizan los de frecuencia, tanto de consultas como de hospitalización, que son un índice de la sobreutilización o subutilización de los servicios sanitarios.
  · Índices de ordenación territorial. El tiempo que necesita la población en medios de transporte ordinarios para acceder a un servicio sanitario es muy clásico y bastante razonable (se considera que no debe exceder de 30 minutos a un centro de urgencias o de tres horas a un centro de asistencia autosuficiente).
  · Índices de gestión. Tratan de medir el nivel de rendimiento de los recursos. Se utiliza el índice de ocupación, la estancia media, etc. Poco a poco, algunos de estos índices van siendo sustituidos por otros que tienen mayor precisión, como los análisis de «case−mix».
  · **Factores determinantes en la producción de servicios**

    No basta establecer el tipo de recursos que se necesitan. En la asistencia sanitaria, además de los aspectos cuantitativos se deben valorar los cualitativos, que pueden afectar directamente a la satisfacción de los pacientes. Para Donabedian, las características de los recursos y su organización son los llamados «factores interventores»:

- la productividad. Es la capacidad o grado de producción de un recurso. Una adecuada combinación de recursos que un médico no haga lo que puede hacer una enfermera, ni ésta lo que puede hacer una auxiliar puede llevar consigo un considerable aumento de la productividad.
- La eficacia potencial. Se refiere a la capacidad de un recurso para lograr el resultado deseado. Como se sabe, esta relación no es siempre fácil de determinar y, de hecho, muchos procedimientos carecen de eficacia probada.
- El empleo adecuado de los recursos. Destinado a su capacidad de producción y para el fin previsto. Es bien conocida la utilización inadecuada que, en numerosos casos, se hace de los servicios de urgencias de los hospitales o de algunas hospitalizaciones no indicadas que ocupan camas que serían necesarias para otros pacientes.
- Accesibilidad. Puede contemplarse desde el punto de vista geográfico, que dificulte la accesibilidad de la población a un recurso determinado, o desde el punto de vista socioeconómico y organizativo que impiden al paciente acceder al servicio.

451 GESTIÓN HOSPITALARIA

PARTE PRIMERA

ORGANIZACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

· **LA PLANIFICACIÓN SANITARIA**

Toda planificación hace referencia al futuro. Es, por tanto, un proceso continuo y dinámico en el que se plantean las siguientes preguntas:

- ¿Qué hacer?
- ¿Cómo hacer?
- ¿Cómo medir o evaluar?

La justificación última de la planificación reside en la necesidad de adaptarse al futuro.

Bernad Taylor establece tres etapas del pensamiento estratégico:

- La planificación a largo plazo.
- La planificación estratégica.
- El *management* estratégico.

· Planificación a largo plazo

Considerando la estabilidad de los mercados, en realidad no es más que la prolongación de la programación presupuestaria y financiera anual a un plazo de cinco años o más.

Este tipo de planificación es, en realidad, una proyección a partir de los datos, previsiones y juicios que se establecen, perpetuando las estructuras políticas y objetivos de la empresa, suponiendo un entorno más bien estable y perpetuando los objetivos actuales.

· Planificación estratégica

Se plantean diversas opciones donde se tienen en cuenta determinados cambios en el entorno. La estrategia hace hincapié en las unidades operatorias más que en el centro organizativo. Olvidándose de las limitaciones de la empresa, se concentra en las alternativas que le conduzcan a una nueva situación.

· *Management* estratégico

Pone en evidencia la intervención de todo el personal para llevar a cabo el cambio estratégico. En definitiva, se trata de lograr una ventaja respecto a los competidores con la participación de todos. Se pretende influir en el entorno.

· **Definición de planificación sanitaria**

Parece claro que, cuando hablamos de planificación sanitaria, en términos generales, nos estamos refiriendo a la asistencia sanitaria de una población (llamada también salud comunitaria).

En un principio, la planificación sanitaria ha tenido un enfoque dirigido a asignar recursos para lograr objetivos concretos.

Si el objeto de la planificación es la salud, resulta necesario llegar a definirlo, puesto que ése será el punto de partida (tanto si se trata de programas de prevención como de asistencia), sin olvidar que la salud es algo muy relativo y multidimensional en su apreciación. Las medidas de prevención de la salud, informando adecuadamente a los sectores de población con mayor riesgo, adquieren una importancia creciente y generalizada.

Un posible modelo de planificación procede considerando el estado de salud de la población, por tanto, tendrá como objetivo la consecución de un determinado estado de salud, teniendo en cuenta los recursos físicos, humanos, financieros y los servicios que se producen. En definitiva, se tratará de:

- Identificar los problemas de salud de la población.
- Establecer un orden de prioridades.
- Implantar los correspondientes programas para solucionar los problemas.
- Efectuar una evaluación sobre la salud de la población.
- ***Información a través de indicadores***

  La consecución de datos objetivos para la planificación de la salud comunitaria es extraordinariamente importante. El tratamiento adecuado de esta información no lo es menos.

  El sistema de indicadores es el que se utiliza con más frecuencia ya que, de modo relativamente sencillo, ofrece información sobre el estado de salud y puede ser utilizado como elemento de comparación, tanto entre distintas poblaciones como con los objetivos que se deben alcanzar.

Desde el punto de vista de la planificación de la salud, se contemplan los siguientes indicadores:

- ♦ Indicadores sociodemográficos.
- ♦ Indicadores sanitarios.
- ♦ Indicadores de utilización de servicios.
- ♦ Indicadores de recursos.

- Indicadores sociodemográficos

La estructura de la población (edades y sexo), los cambios demográficos (nacimientos, muertes, migraciones, niveles de renta, educación, raza, etc.) son factores determinantes para conocer las necesidades de salud y el grado de utilización de los servicios de salud. Todo aquello que influye en la salud debe ser identificado y analizado.

- Indicadores sanitarios

Las tasas de mortalidad, de morbilidad, de factores de riesgo y de incapacidad son los indicadores utilizados en la planificación sanitaria. Hay que tener en cuenta que cada uno de ellos es susceptible de diversas especificaciones, que conducen a un conocimiento más exhaustivo y preciso de las distintas variables. Por ejemplo, al hablar de las tasas de mortalidad es conveniente y necesario diferenciarlas por edades, causas, sexos, etc.

- Indicadores de utilización de servicios de salud

La utilización de servicios médicos debe permitir distinguir entre aquellos que solicitan las personas y los propios médicos.

Además, la naturaleza de la morbilidad, profesiones, edades sexo, etc., son factores determinantes de la utilización de los servicios. Un hecho ampliamente constatado es que el carácter gratuito de la asistencia sanitaria, en los sistemas nacionales de salud de algunos países occidentales, favorece una mayor utilización de los servicios.

- Indicadores de recursos

Hay que distinguir entre los recursos disponibles y la utilización que se hace de ellos; la producción potencial de un recurso se diferencia así de la producción real efectuada.

- **Planificación estratégica del hospital: el proceso**

Los hospitales, sobre todo en los últimos años, debido al avance tecnológico y al cambio que se ha operado tanto dentro como fuera, vienen efectuando algún tipo de planificación.

Un hospital debe estar organizado para el cambio sistemático y constante, dispuesto al abandono de lo acostumbrado, debido fundamentalmente a que el conocimiento cambia rápidamente y lo

que hoy parece cierto en poco tiempo ya no lo es. Por tanto, debe (Drucker, 1993):

- ♦ Mejorar continuamente lo que hace.
- ♦ Aprender a innovar.
- ♦ Desarrollar nuevas aplicaciones partiendo de los nuevos conocimientos.
- ♦ Basarse en la proximidad al mercado y al cambio.
- ♦ Plantearse estrategias para el futuro (prioridades para la consecución de un futuro que se desea alcanzar).

La decisión estratégica concierne al desarrollo del hospital a largo plazo. Se proyecta hacia el futuro.

Dicha estrategia habrá que formularla y ponerla en práctica.

- ***Proceso de planificación estratégica***

La estrategia marca una dirección, determina metas y objetivos y tiene que adoptar decisiones de asignación de recursos. Tiene por tanto dos aspectos:

- ♦ Su formulación.
- ♦ Su implementación.

Peters distingue nueve tareas en el proceso de planificación estratégica, que se recogen aquí con alguna modificación:

- Revisar la misión del hospital de forma que refleje el futuro que desea.
- Análisis de la situación actual: identificar las fortalezas y debilidades principales. Examinar por qué no se han logrado determinadas metas.
- Examinar el hospital en relación con su entorno, para determinar qué fuerzas pueden afectarle y cómo afrontarlas de manera favorable.
- Identificar y evaluar los principales temas, problemas, oportunidades y peligros con los que se encontrará el hospital.
- Escoger metas y estrategias entre las diversas opciones.
- Preparar un plan escrito que apoye y desarrolle la estrategia.
- Aprobación del plan.
- Ejecutar el plan.
- Establecer un procedimiento y un calendario para llevar a cabo el plan y para determinar si se consigue lo que se pretendía.

Este proceso puede realizarse por personas que trabajan en el propio hospital o se puede encargar a una empresa externa.

Todo proceso de planificación reclama tiempo y un flujo de información. Además, es necesaria la participación, de manera que se origine una comunicación fácil y el consenso entre los distintos estamentos.

451 GESTIÓN HOSPITALARIA

PARTE PRIMERA

ORGANIZACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

- **LA SANIDAD EN EUROPA**

Introducción

La estructura y el funcionamiento de los sistemas nacionales de salud son el resultado de un largo desarrollo histórico, desde los hospitales de caridad y los dispensarios, al seguro de enfermedad para la protección de los trabajadores, que condujo con posterioridad a la seguridad social.

El término salud tiene connotaciones muy diversas. Es un concepto, además, relativo y multidimensional. Por otro lado, la salud es una variable dependiente en la que influyen diferentes factores relacionados con el entorno, los hábitos de vida, factores biológicos, etc. En definitiva, los alimentos, la vivienda, el agua, el clima el deporte, etc., afectan a la salud y probablemente más incluso que los servicios sanitarios.

Se requiere, como ha recomendado la Organización Mundial de la Salud, una colaboración intersectorial para que la salud alcance a todos.

La auténtica prestación de servicios sanitarios incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación.

El componente más destacado de un sistema nacional de salud es posiblemente la organización de programas, para el cual se movilizan os diversos recursos existentes, con mayor o menor grado de centralización, en función de la distribución geográfica que se realice.

Existen otros componentes del sistema sanitario, como son los recursos físicos y económicos y los recursos humanos, tan importantes en este sector. La gestión de todos ellos se aglutina en la prestación propiamente dicha del servicio sanitario.

La gestión incluye la planificación, la administración, la regulación y la legislación. La planificación puede aplicarse al desarrollo de programas, y más específicamente a la producción de recursos.

La administración se ocupa de la movilización de recursos y su eficacia. Las funciones de supervisión, comunicación, coordinación y evaluación recaen sobre ella.

La regulación se aplica a la consecución de determinados estándares. Mediante la legislación, el gobierno establece la política sanitaria.

- **Los sistemas sanitarios en los países de la UE**

Los países de la Unión Europea organizan sus sistemas de salud y funcionan de muy distintas formas. La Europa occidental, aunque lleva a cabo algunas reformas, por le momento no cuestiona su sistema de financiación ni esencialmente su organización. Sin embargo, en el grupo de los países del Este de Europa se están llevando a cabo cambios más radicales.

Los sistemas de salud en Europa occidental se alinean en dos grupos.

- ***Sistema nacional de salud***

El inspirado en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en los años 30. Establece un sistema nacional de salud. Sus características son las siguientes:

- ♦ Cobertura universal: libre acceso de todos los ciudadanos.
- ♦ Financiado por impuestos, a través de los presupuestos estatales.
- ♦ Gestionado y controlado por el Gobierno.
- ♦ Propiedad estatal de los medios de producción, aunque existe una parte del sector privado.
- ♦ Provisión pública, en su mayoría, de los cuidados de salud.
- ♦ Los médicos son asalariados.
- ♦ Hay una participación en el pago de los pacientes.

Los países que han adoptado este sistema son:

- ♦ Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia y Reino Unido lo adoptaron después de la II Guerra Mundial.
- ♦ Grecia, Italia, Portugal y España lo adoptaron en los años 80.
- ♦ ***Sistema de la seguridad social***

El sistema de Bismark, que fue inspirado en la legislación social de Alemania de 1883. Es el sistema de seguridad social. Tiene las sigueintes características:

- ◊ Cobertura universal obligatoria dentro del sistema de Seguridad Social.
- ◊ Financiación por contribuciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales.
- ◊ Propiedad pública y privada de los medios de producción.
- ◊ Provisión pública y privada de los cuidados de salud.

Han adoptado este sistema Austria, Bélgica, Francia, Alemania y los Países Bajos.

Estos modelos no se aplican estrictamente, aunque prevalezcan las características de uno de ellos, recogen también algo de los demás.

- ♦ ***Sistemas de salud en Europa del Este***

Los sistemas de salud en la Europa del Este responden a un sistema centralizado, con las siguientes características:

◊ Financiación a través de los presupuestos estatales.
◊ Libre acceso de todos.
◊ Control gubernamental de todo el sistema.
◊ Los empleados son asalariados.
◊ No existe el sector privado.
◊ ***El sistema de salud en el Reino Unido***

En 1948 se estableció el Servicio Nacional de Salud (National Health Service) para dar cobertura sanitaria a todos los ciudadanos de una forma gratuita.

El siguiente nivel es la Administración Regional de la Salud (RHA), que se ocupa de la asignación de recursos y del control de las Administraciones Locales de Salud (DHA), y de las Administraciones de Servicios de Medicina Familiar (FHSA).

A partir del año 1991 se produce la separación entre la prestación y la contratación de servicios sanitarios y la introducción de un mercado interno, en el que el personal sanitario compite para la obtención de los contratos.

Las Administraciones Locales de la Salud se responsabilizan asimismo, dentro de su ámbito, de la contratación de asistencia sanitaria.

El médico general hace de «filtro» para el resto de los niveles del sistema.

◊ ***El sistema de salud en Alemania***

Alrededor del 90% de la población pertenece a un fondo de Seguridad Social. La aportación por partes iguales se realiza por el trabajador y el empresario, dando cobertura también a la familia del trabajador.

Existe la libre elección de médico y hospital como un derecho de los ciudadanos.

El sistema sanitario alemán defiende la autogestión. Los médicos, agrupados en mutuas, adoptan medidas sobre honorarios y contratos con las diferentes mutuas de seguros. Establecen también una numerosa reglamentación obligatoria para los hospitales. El presupuesto de cada hospital se fija anualmente mediante un acuerdo entre el hospital y las compañías de seguros que hayan financiado no

menos del 5% de las estancias.

◊ ***El sistema de salud en Francia***

El Gobierno, a través del Ministerio correspondiente, establece la política sanitaria sobre la base de los principios de equidad y libre acceso a los servicios.

La medicina ambulatoria se presta, casi en su totalidad, por médicos que ejercen libremente en su consulta, remunerados por acto médico; los pacientes pueden escogerlos con libertad. La medicina hospitalaria es pública en sus dos terceras partes y privada el resto. Ambos sectores, el público y el privado, están coordinados por medio de un sistema de acreditación.

Los recursos se obtienen por medio de las cotizaciones obligatorias de los asegurados y empresarios.

◊ **España: el sistema nacional de salud**

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, instaura 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».

◊ ***Prestaciones y financiación***
◊ **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.
- 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.

◊ **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.

◊ ***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.

◊ ***El gasto en 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.

◊ ***Deficiencias del sistema***

Una gran mayoría concuerda en la necesidad de una reforma del actual sistema, por sus dificultades en lograr un reconocimiento y satisfacción para una

parte no pequeña de la población. Las deficiencias más destacables pueden resumirse en las siguientes:

- La atención primaria, que debe ser la puerta de entrada del sistema asistencial, no cumple con el papel exacto que tiene asignado y es causa de desequilibrios que sobrecargan la actividad de los hospitales.
- La asistencia especializada absorbe un porcentaje del gasto público que sigue incrementándose.
- El sistema público no permite la libertad de elección de los pacientes.
- Apenas existen mecanismos de evaluación y análisis de la asistencia sanitaria.
- El marco laboral estatutario no permite que puedan establecerse criterios de eficiencia y productividad en la asistencia sanitaria.
- La gestión de los responsables sanitarios choca con un sistema normativa rígido y altamente centralizado.

Parece claro que los servicios sanitarios modernos requieren una adecuación de los instrumentos de gestión a las nuevas necesidades, abandonando estructuras obsoletas que inducen a situaciones de ineficiencia e insatisfacción.

◊ **Factores determinantes del sistema sanitario**

No existen dos sistemas sanitarios iguales. Las características históricas, culturales, sociales, etc., son factores que han sido determinantes en su configuración específica.

El nivel económico se considera como un de los más importantes aunque requiere matices, como es la distribución de la riqueza.

La ideología política es otro de los vectores de singular trascendencia, ya que influye directamente en un mayor o menor nivel de intervención gubernamental que afecta a la iniciativa privada.

No son estáticos y cambian continuamente, debido a coyunturas políticas y sociales.

Su creciente complejidad está desplazando el trabajo individual hacia equipos organizados, con el peligro de una mayor burocracia y pérdida del trato personalizado a los pacientes.

Esta misma complejidad, por los efectos perversos

que toda centralización lleva consigo, está conduciendo a que se preste mayor atención a la asignación de recursos por el mercado, dando un mayor protagonismo a la financiación pública y separándola de la provisión de los servicios sanitarios.

◊ **Problemas sanitarios comunes de los países desarrollados**

Admitido que el mercado, en su acepción corriente, no es aplicable al sector sanitario, la consecuencia ha sido la intervención gubernamental en la financiación y en la provisión de la asistencia sanitaria en los países desarrollados occidentales (salvo en los Estados Unidos, donde impera la cobertura sanitaria privada).

Sin embargo, la intervención de los gobiernos, precisamente saliendo al paso de las deficiencias del mercado competitivo, ha sido el origen de otros males que aquejan a este sector y que, en mayor o menor medida, son comunes a la mayoría de estos países. En un reciente estudio (OCDE, 1990) se señalan las siguientes:

- El rápido aumento del gasto sanitario, junto con una gran presión social en el mismo sentido.
- La preocupación por el uso innecesario de los servicios sanitarios.
- La creciente insatisfacción general por la ausencia de trato personalizado en el servicio.
- La existencia de importantes listas de espera y el retraso en acceder a los servicios sanitarios.
- La confirmación en la gran variabilidad existente en la actividad clínica y sus costes, tanto dentro de un mismo país como entre diferentes países sin que se encuentren explicaciones convincentes.
- La falta de coordinación dentro de la estructura sanitaria entre diferentes niveles complementarios, como la asistencia primaria y la especializada en hospitalización.
- La existencia e, incluso, el aumento de desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en su distribución geográfica.

No son problemas que tengan una fácil solución. Las propias estructuras sanitarias y su configuración,

formando parte del sector público, en su mayoría dificultan su resolución. Pero no sólo es eso. La existencia de intereses contrapuestos entre los distintos actores del sistema sanitario gestores, pacientes y profesionales, en el marco de una estructura escasamente flexible, es un factor adiciona añadido a las dificultades existentes.

Se pone en duda la validez de los actuales modelos de planificación y la necesidad de buscar soluciones eficaces.

Los objetivos que se tratan de lograr tienen también un alto grado de coincidencia y pueden resumirse en los siguiente (Artells, 1994):

- Equidad y suficiencia, tanto en el acceso universal a la atención sanitaria, como al derecho a una atención igual ante necesidades semejantes.
- Eficiencia, entendida como una mayor conciencia del coste sanitario.
- Libertad de elección de los pacientes, tanto en el sector público como en el privado.
- Competencia en el lado de la oferta.

Desde una perspectiva de mayor apertura, se plantean posibles reformas tendentes a la creación de un mercado interno, con separación de las funciones de financiación, provisión y compra.

◊ **Propuestas de reforma: competencia en el mercado**

Con la evaluación del Sistema Nacional de Salud, la Comisión Abril elaboró las medidas de reforma que son necesarias para una mejora en su funcionamiento. Hacen referencia a tres aspectos: aspectos de organización, aspectos de gestión y aspectos de financiación.

◊ ***Aspectos de organización***

Una de las importantes reformas que se contemplan es la de separar las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión.

En este sentido, la Administración pública (bien sea la central o la autonómica) financiarían la asistencia sanitaria; las áreas de salud serán los compradores, y los hospitales, centros de salud, etc., los proveedores para los clientes.

La autoridad administrativa establecerá las normas reguladoras de la asistencia sanitaria y será el financiador. Las funciones de comprador se efectuarían por medio de acuerdos con los proveedores públicos y privados, según las condiciones de calidad, precio, etc., de cada uno. La competencia inherente a este mercado interno deberá conllevar mejoras en el coste y la calidad.

Se recomienda asimismo una mayor flexibilidad en el régimen de personal en los centros asistenciales del Servicio Nacional de Salud. Deberían establecerse mecanismos de motivación e incentivación del personal.

La Comisión Abril basa su propuesta de reforma en la constitución de un mercado interno donde el Estado y las comunidades autónomas financian la asistencia sanitaria. Las áreas de salud son las compradoras de los distintos proveedores en competencial. Para ello, sin embargo, se requieren algunos cambios:

- Homogeneización definitiva de los niveles de financiación de las diferentes comunidades autónomas y establecimiento de criterios de distribución de recursos aceptados por todos.
- Diseño de nuevas estructuras de provisión de servicios a nivel extrahospitalario, en la línea de modelos asistenciales que constituyen unidades de gestión.
- Transformación generalizada de los centros hospitalarios públicos en auténticas empresas de servicios, mediante fórmulas tipo sociedad anónima de capital público.
- Desregulación del aparato administrativo actual y de la transformación del carácter estatutario del personal sanitario, generalizando la relación laboral.
- Colaboración del sector privado.
- **Funciones**

  En este contexto se han de considerar algunas funciones que han de cumplir las entidades financiadoras (Seguridad Social, Administración, etc.) y los compradores de los servicios sanitarios (en España, las áreas de salud).

- Por parte de las entidades financiadoras:
  - Establecimiento del alcance de las

prestaciones sanitarias que se ofrecen.

- Control de la población asegurada o cubierta.
- Acreditación de los proveedores y exigencias de calidad y resultados.

· Por parte de los compradores de servicios:

- Elección de los proveedores en las mejores condiciones de calidad y precio.
- Facilitar la asistencia a la población, adecuándose a los recursos que administra.
- Acuerdo con los proveedores de los sistemas de retribución.
- Control de la utilización de servicios por los usuarios.
- **Problemas**

  Naturalmente, la práctica de un sistema así no está exenta de temores y dificultades para su buen funcionamiento.

  Hay quienes afirman que aumentarán los costes administrativos, consecuencia de las notables mejoras de información que requiere y la implantación de nuevas tecnologías en este sentido.

  En un clima de restricción económica, se puede producir un descenso en la calidad de la asistencia, al mismo tiempo que podría darse una selección de pacientes por parte de los proveedores y un rechazo de las prestaciones que sean menos rentables.

- **Beneficios**

  Los beneficios, por otro lado, son también patentes. La competencia mejora la eficacia y se ofrecerá un servicio más acorde con los requerimientos de los pacientes que, al poder elegir, castigan a quienes ofrecen una peor calidad. Se dará un mayor conocimiento de los costes que obligará a una gestión más

eficiente.

- ***Aspectos de gestión***

El Servicio Nacional de Salud debe introducir las modernas técnicas de gestión empresarial, con sistemas de información homogéneos que permitan evaluaciones de los niveles de servicio que se prestan, calidad del producto, reducción de costes, productividad, etc.

Se debe inculcar una conciencia del gasto con una participación del personal médico en la gestión. Al mismo tiempo, la facturación deberá convertirse en un instrumento del sistema, tanto para recuperar ingresos que actualmente se pierden, como para el conocimiento de los usuarios a quienes convendría emitir una «factura sombra» para que tengan conciencia del gasto en el que han incurrido.

Otro de los objetivos importantes se refiere a la introducción de normas de calidad con el establecimiento de mecanismos de acreditación de los centros públicos y privados, de valoración de los procesos y resultados, y la formación continua del personal sanitario.

- ***Aspectos de financiación***

Los Presupuestos Generales del Estado han de seguir siendo la fuente principal de financiación. Sin embargo, debido al incremento del gasto sanitario previsto para los próximos años, cabe pensar en medias que tiendan a una participación de los usuarios en le pago de servicios.

Al mismo tiempo, es preciso definir más claramente las prestaciones básicas incluidas en el sistema de financiación pública de aquellas otras prestaciones complementarias

o adicionales que han de ser cofinanciadas por e usuario.

Respecto a las nuevas tecnologías, se ha de establecer el mecanismo que evalúe su eficacia técnica y eficiencia económica antes de aprobar su difusión.

De modo semejante, se ha de procurar la prescripción racional de medicamentos con medidas de divulgación, información, así como la actualización de los conocimientos farmacológicos de los médicos. Se han de adoptar aquellas medidas que limiten el consumo exagerado de fármacos así como su prescripción abusiva.

451 GESTIÓN HOSPITALARIA

PARTE PRIMERA

ORGANIZACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

- **ECONOMÍA DE LA SALUD**

La economía de la salud se ocupa en gran parte de la conexión entre medicina y economía.

Mucha gente cree que aplicar las formas económicas de pensamiento al sistema sanitario es tanto como mercantilizarlo. Sin embargo, pocos piensan en otra posibilidad, verdadero fin de la economía de la salud: tratar de obtener el máximo de salud para la población con los recursos existentes, que siempre serán limitados. La economía de la salud es una rama de la economía del bienestar.

Siguiendo a Williams (1989), se puede precisar mejor el contenido de todo lo que configura la economía de la salud.

- *Naturaleza y valor de la salud*. Hace referencia a los atributos que se perciben como salud, el valor de la vida, las escalas de utilidad de la salud. La salud es un concepto relativo y lo que constituye una enfermedad o no, está referido a un contexto social y cultural en el que evoluciona el individuo.

  ¿Cómo se puede medir la salud? No bastan los indicadores de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo o de incapacidad.

  A la hora de medir los constes y beneficios de la asistencia sanitaria, los economistas han hecho aportaciones significativas en el ámbito de la salud.

- *Influencias sobre la salud*. Cada vez se conocen con más profundidad los factores determinantes de la salud, que son muy diversos.
  - ♦ Factores genéticos.
  - ♦ Factores ambientales y del entorno.
  - ♦ Factores relacionados con hábitos y estilo de vida.
  - ♦ Niveles de renta y educación.
  - ♦ Sistema sanitario.

  Algunos de estos factores están necesariamente interrelacionados: los hábitos y estilos de vida están en conexión con el nivel de renta y la educación. La demanda sanitaria (de cuidados de salud) será una consecuencia de todo ello.

- *Demanda de cuidados sanitarios*. Tanto la naturaleza y el valor de la salud como los factores determinantes que influyen en ella son la causa de la demanda de cuidados sanitarios. La demanda de asistencia es sentida como una necesidad, debido a la percepción personal, pero esa necesidad se encauza a través de la relación de «agente» que establece el médico.

Aquí entra en juego la capacidad del sistema de satisfacer esa necesidad, así como las barreras de acceso existentes. Las listas de espera y la insatisfacción del sistema sanitario público dirigen a una parte de la población al mercado privado puro o a través de compañías de seguro.

- *Oferta de cuidados de salud*. Aquí entran en consideración todas las características de los factores de producción y de la función misma de producción sanitaria.
- *Análisis de los mercados*. En el mercado se produce la relación entre la demanda y la oferta. ¿Cómo es el mercado sanitario? Su carácter imperfecto está claramente admitido, pero se estudian nuevos tipos de mercados internos competitivos, para mejorar la eficiencia del sistema.
- *Evaluación micro*−económica. La evaluación económica de los distintos modos de proveer los cuidados sanitarios hace referencia al lugar, la frecuencia, etc., referidos tanto a la detección y diagnóstico como al tratamiento.
- *Planificación, presupuesto, regularización, seguimiento*. Se contempla el marco de organización del sistema referido tanto a la efectividad de los instrumentos disponibles para optimizar su funcionamiento como a la interrelación de los sistemas de presupuestos y sus mecanismos reguladores. Los incentivos que se ofrecen a los que toman decisiones es otro aspecto que debe ser considerado.
- *Evaluación de sistemas completos*. Por tanto, surge la comparación entre diversos sistemas, tanto en sus estructuras financieras como en sus cargas. Sin olvidar las consideraciones relativas a la eficiencia y los criterios de equidad que presiden.
- **El análisis económico en la asistencia sanitaria**

Durante muchos años, la asistencia sanitaria, y más en concreto la hospitalaria, se ha comportado al margen de cualquier consideración económica.

Las decisiones asistenciales eran tomadas al margen de cualquier análisis económico, con el pretexto de que este último no podía interferir en aquél.

Desde hace un par de décadas las cosas han cambiado. La sanidad ha adquirido una enorme importancia como sector que utiliza una gran cantidad de recursos que son escasos y por su creciente participación en el producto interior bruto.

Aquellos que financian la sanidad Administración, compañías de seguros, personas individuales, etc. presionan cada vez más para que se adopten las prácticas de tratamiento cuya eficacia esté en consonancia con el coste.

La preocupación por la contención del gasto ha sido otro de los factores que ha inducido a la necesidad de inculcar, en el personal clínico, una vigilancia del empleo de los recursos de asistencia sanitaria. Los médicos deben desempeñar un doble y complejo papel:

- Tratar de ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad.
- Responsabilizarse del uso más adecuado del gasto.

Es un hecho admitido que el análisis y la gestión de las empresas de servicios sanitarios tienen una mayor complejidad. Algunos factores de esta dificultad, referidos de modo especial a los hospitales, son los siguientes:

- El «producto» es la persona enferma. Por tanto, hay

tantos productos como pacientes.

- Elevado número de centros de decisión. Cada departamento y, dentro de él, cada médico toma decisiones que tienen indudables repercusiones en la gestión del hospital.
- El trabajo y su resultado no pueden ser estandarizados. Por tanto, el control burocrático no será efectivo.
- Complejidad del mercado. El número de segmentos de la clientela es amplio. Difícilmente puede centrar sus actividades en un segmento específico del mercado, salvo excepciones concretas, como pueden ser los hospitales monográficos.
- Amplitud de operaciones. Existe una amplia oferta de servicios con una utilización intensiva de mano de obra. En los hospitales, el gasto de personal oscila entre el 60 y el 70 por 100 de la cuenta de explotación.
- Factores jurídicos, políticos (sector muy reglamentado) y del entorno social. Inciden de modo más o menos directo en las dificultades para la gestión de los hospitales y de las empresas de servicios. Se encuentran muy regulados legalmente por la Administración.

Con frecuencia, el paciente no abona directamente el coste de asistencia y lo hace por medio de terceros, como la Administración, compañías de seguros, etcétera.

Un argumento que se utiliza para excluir las cuestiones sanitarias de la economía es la consideración de la salud como objetivo primordial sobre cualquier otro.

- **Economía y sanidad**

  Los servicios sanitarios constituyen un sector de la actividad económica de importancia creciente en todos los países del mundo desarrollado. Su estructura productiva se relaciona con más de cuarenta ramas de la actividad económica, contribuyendo de manera significativa a la generación de valor añadido y a la actividad de otros sectores (de modo especial al de productos químicos en el que se engloban los farmacéuticos).

  El desarrollo económico tiene, por otro lado, una influencia determinante en el gasto sanitario, que aumenta progresivamente con aquél.

  Las importantes diferencias en el gasto sanitario entre unos países y otros incluso en los países desarrollados occidentales se explican por sus diferentes niveles de renta.

- **Necesidades y recursos en la asistencia sanitaria**

  La salud es un *bien económico* puesto que le caracteriza la *escasez*, la necesidad es superior a la oferta.

  La salud es, asimismo, un *bien de inversión* tanto para la persona como para la sociedad. El tiempo que se rescata a la enfermedad se destina al incremento de la producción y de la renta nacional.

  Si partimos del hecho, ampliamente constatado, de que las necesidades son crecientes e ilimitadas (la demanda de asistencia sanitaria) y los recursos son finitos (la oferta es limitada), resulta inevitable la necesidad de adjudicar esos recursos a diversas actividades en competencia. El análisis económico,

sin dejar de lado las consideraciones sociales, hace aquí su aparición para una mejor asignación de los recursos escasos.

El análisis económico no puede referirse únicamente a los costes, sino también a los beneficios y resultados que se obtienen. El coste real de llevar a cabo una determinada actividad es el beneficio que se pierde por utilizar esos mismos recursos en el mejor de sus usos alternativos. Se trata, en definitiva, de maximizar los beneficios totales por el uso de unos recursos existentes que son escasos. En lo que se entiende por *coste de oportunidad*.

¿Es ético plantearse esto con el gasto sanitario? El concepto de coste de oportunidad pone justamente de manifiesto que, en situación de recursos escasos, la decisión de asignar recursos a un determinado paciente conlleva a su vez la decisión de negárselo a otro u otros.

- **El proceso productivo en la asistencia sanitaria**

El proceso productivo es una actividad que tiene por finalidad transformar determinados recursos factores productivos en un bien o producto final. Se denominan también *inputs* (recursos) y *outputs* (resultado final).

Este concepto es también aplicable a la producción de servicios sanitarios, donde se combinan ciertos recursos para obtener unos servicios llamados productos intermedios y el producto final.

En otras palabras, es cualquier actividad que crea utilidad actual o futura.

Algunos autores ejemplifican la

función de producción como una receta de cocina en la que la mezcla de los diversos ingredientes nos da la cantidad de producto. En un momento dado, se conocen las recetas de un determinado número de procesos productivos. La lista de estos procesos puede determinarse como la «tecnología disponible» (Lancaster, 1981).

Las nuevas tecnologías disponibles llevan a cabo el proceso productivo de modo más eficiente.

La función de producción nos señala cómo variará el producto si cambian algunos factores de producción. Aquellos factores que no se pueden cambiar en un tiempo corto se llaman factores fijos y se denominan variables los que pueden cambiar a corto plazo.

Por ejemplo, si se desea incrementar el número de intervenciones quirúrgicas de un hospital, los quirófanos existentes se consideran como un factor fijo (salvo que el espacio disponible permitiera construir nuevos con cierta rapidez), mientras que el tiempo de los cirujanos se puede considerar como un factor variable, si resulta factible que puedan dedicar más horas al quirófano. El número de camas existentes es también un factor fijo.

- **El mercado y la asignación de recursos**

Si la salud, como se ha dicho, es un bien económico y, como tal, escaso, ¿puede, como sucede con otros bienes, estar sujeto a la elección del consumidor en el libre juego del mercado? Esta cuestión, que tiene gran importancia, no deja de ser objeto de controversia.

El mercado, como mecanismo de asignación de recursos y como punto

de encuentro de la demanda y la oferta, establece el equilibrio que se obtienen tanto en el precio como en las cantidades.

El mercado, al respetar la soberanía del consumidor, constituye el mecanismo de elección objetiva y más eficiente. Las condiciones mediante las que un mercado competitivo conduce a la eficiencia económica se dan, según Stiglitz, en la llamada economía del bienestar y sistema descentralizado, cuando se cumple el óptimo de Pareto: cuando no es posible mejorar la situación de una persona, sin que al mismo tiempo empeore la de otra persona.

Existen dudas razonables de que la asistencia sanitaria pueda configurarse con las características descritas del mercado y pueda conducir a un empleo eficaz de los recursos, si buscamos la equidad y la cobertura universal. De hecho, en la mayor parte de los países occidentales, la asistencia sanitaria ha sido sustraída al mercado y el Estado ha asumido, como una de sus funciones, el asegurar a todas las personas dicha asistencia en condiciones de igualdad.

Algunos de los motivos son los siguientes:

- ***Existencia de interacciones ajenas al mercado o existencia de externalidades***

Esto hace que la asistencia prestada a una persona tenga repercusiones en otras. La difusión de enfermedades contagiosas proporciona un ejemplo claro, al poder existir personas que subestimen el valor de las medidas asistenciales encaminadas a erradicarlas. Algo similar puede suceder con las medidas de salud pública y prevención, que refuerzan

la tendencia a socializar, en cierto grado, la asistencia sanitaria.

- ***Falta de conocimiento por parte de la demanda***

Con frecuencia, los consumidores no tienen los conocimientos necesarios para realizar la elección más adecuada y es el proveedor (sobre todo, el personal médico) el que determina la cantidad y calidad de la asistencia en nombre de los pacientes.

Se produce una asimetría en la información. Esto explica el importante papel de los profesionales sanitarios quienes, en ausencia de responsabilidad económica, tienden a actuar de acuerdo con sus objetivos, ya sean monetarios, mejora de salud de sus pacientes, prestigio, etc. No es, pues, extraño que se tienda a maximizar los resultados por parte de los profesionales sanitarios, ignorando los costes.

- ***El riesgo y la incertidumbre***

Puede afirmarse, señala Arrow (1981), que prácticamente todas las características singulares de esta industria se derivan de la prevalencia de incertidumbre. La propia demanda de servicios médicos no responde a circunstancias estables, sino a parcelas del todo impredecibles.

- ***La preocupación por la equidad***

Esta preocupación ampara, en no pequeña medida, la conveniencia de que el Estado remedie lo que el mercado, por sí solo, no puede ofrecer.

Existen problemas reales que limitan los resortes del mercado para resolver adecuadamente una correcta

distribución de las provisiones sanitarias. Está fehacientemente demostrada la diferencia que existe entre el nivel sanitario deseado y el realmente adquirido.

Si alguien considera que debe ser atendido médicamente, está dispuesto a pagar todo lo que puede para conseguirlo, con un desconocimiento grande de lo que en realidad necesita adquirir. Esto hace que los proveedores generen su propia demandan y establezcan el precio.

Al estar constatado que existe escasa información, puede concluirse la penumbra en la que se mueve el mercado sanitario. Tanto más cuando se supone que la competencia exige como uno de sus postulados la transparencia.

- **La demanda y la oferta en el mercado sanitario**

¿Qué características tienen la demanda y la oferta sanitarias? Es bien conocido que la oferta sanitaria tiene una restricción también sucede en otras profesiones por el hecho de que la entrada en la profesión tienen que tener una autorización legal.

Se ejerce un control profesional en la práctica médica, con el aumento consiguiente del coste de las prestaciones médicas. Esta circunstancia se aleja de los supuestos de un mercado competitivo. Por otro lado, las relaciones entre el médico y el paciente están basadas en la confianza y en el tipo de comportamiento, que difiere del de los negocios.

En cuanto a la demanda de los servicios médicos, tiene su origen, como ya se ha dicho, en su carácter impredecible. Se solicita asistencia

sanitaria cuando surge la enfermedad y su aparición es incierta.

La demanda de servicios sanitarios, para determinados variaciones de precios, permanece invariable, ya que se comporta como un bien esencial de primera necesidad (por ejemplo, el medicamento en una enfermedad crónica). No sucederá así cuando se trate de cuidados preventivos cuya demanda disminuirá ante subidas de precios. La demanda se verá afectada por la salud que se tenga y, desde luego, por la renta disponible.

- **La gratuidad y el pago complementario**

El carácter preferente y de primera necesidad de la asistencia sanitaria la conveniencia, por tanto, de que nadie quede excluido de sus beneficios y la equidad igualdad de acceso y tratamiento han sido los motivos principales que han llevado a la financiación pública y gratuita. La gratuidad no significa que la asistencia no tenga un coste, que lo tiene y, además, muy elevado.

Sin embargo, la gratuidad tiene sus efectos perversos que se traducen en el despilfarro. Cuando no existe restricción alguna, existe una demanda superior a la necesaria.

En algunos países, se ha atajado este problema con el pago de una cantidad por parte del paciente (llamado «tique moderador» por que modera la demanda); en otros, las listas de espera desempeñan el papel moderador de la demanda sanitaria. Es así como se logra, en alguna medida, adaptar la oferta a la demanda existente.

- **Financiación y producción de la asistencia sanitaria**

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. Sin embargo, y admitido esto, ¿es también indispensable que la provisión y producción sanitarias se realicen por el sector público, que los bienes de producción asistenciales centros de salud, hospitales, etc. sean de propiedad pública? ¿No podría la Administración limitarse a la financiación dejando la provisión y la producción en manos privadas? Evidentemente, no son cuestiones puramente organizativas o técnicas las que entran aquí en juego, sino también concepciones ideológicas que apuntalan una y otra posición.

Los que consideran que la asistencia sanitaria reclama que todo financiación, provisión y producción esté en manos de la Administración pública, lo hacen con los siguientes argumentos (Barea y Gómez, 1994).

- Encargar a las empresas del sector privado la consecución de objetivos públicos es ignorar los incentivos, altamente contradictorios, a los que se enfrentan tales empresas. El capital privado tenderá a maximizar su beneficio, lo que provocará un conflicto con la satisfacción de la necesidad pública «sanidad» que tiene a su cargo.
- La presión para obtener beneficios afectará a la calidad asistencial.
- A largo plazo, el mercado sanitario capitalista tenderá hacia el monopolio con las consiguientes dificultades en su control.
- Originaría dificultades de coordinación con los servicios sociales de propiedad pública.
- El sector privado estaría más

preocupado por sus propios intereses que por los de la población general.

- Originaría una inflación de costes por factores como el uso intenso de nuevas tecnologías sin evaluación previa, pago por servicio a médicos y hospitales, etcétera.
- Parasitismo del sector privado, al funcionar con recursos del sector público (en caso de provisión pública y producción privada).

No se puede negar que los hechos confirman fehacientemente algunos de estos argumentos. Sin embargo, es bien patente la insatisfacción que producen los sistemas de producción pública, donde al olvido de las preferencias del paciente, se añade el descontrol del gasto y la ineficacia en la utilización de los recursos públicos.

El mercado constituye el mejor sistema probado para organizar con eficacia y eficiencia la producción. Si, a su vez, es causa de desigualdades, la Administración pública debe regular las relaciones del mercado para que se cumpla el objetivo de equidad, pero no suprimirlo.

Podrá, igualmente, establecer restricciones por el lado de la oferta, regulando la entrada en el mercado. Y exigir, mediante los controles pertinentes, la calidad necesaria.

- **Beneficios y costes. La evaluación de los servicios sanitarios**

Cualquier decisión clínica racional consiste en elegir la mejor de las alternativas existentes para resolver un problema de salud. Y se basará en la relación de beneficios y costes (eficiencia).

Se elegirá aquella alternativa con la que se obtengan más beneficios en relación con los costes. La dificultad

radica, sobre todo, en el cálculo de los beneficios, que puede hacerse de diversos modos:

- *En unidades monetarias*. Esta evaluación se llama *análisis coste beneficio*.
- *En unidades naturales*. Ligadas al programa que se trate: muertes que se han evitado, casos diagnosticados, etc. Este tipo de evaluación de eficiencia se llama *análisis coste efectividad*.
- *En función de valor o utilidad para el paciente*. En este caso se realiza el *análisis coste utilidad*.

El excesivo hincapié en el *análisis coste beneficio*, en términos monetarios, puede llevar a una deshumanización del concepto de eficiencia, al hacer énfasis en el valor monetario y productivo de la vida humana.

Dejando claro el valor inestimable de cada ser humano y que éste no puede ser colocado en el lado opuesto de la balanza del dinero, una mayor matización ha llevado al estudio más frecuente del *análisis coste efectividad* y *coste utilidad*.

Estos análisis utilizan como medidas de beneficios la remisión de síntomas, la reducción de las discapacidades, los años de vida ganados, etc. (coste efectividad), donde queda más patente el valor de la persona humana y tiene más sentido sanitario.

Una medida de la utilidad es la de los años de vida ajustados según calidad que mide los beneficios tanto por los aumentos en la esperanza de vida (en años) como por las mejoras en la calidad de vida (en una escala de cero a uno).

- **La equidad en la salud y la asistencia sanitaria**

La equidad, sea cual fuere el punto de vista desde el que se contempla en esto no hay un acuerdo general, tiene indudables connotaciones éticas. El primero de los objetivos de los Estados Miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (1984) se refiere precisamente a la igualdad.

La Ley General de Sanidad define la equidad como la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria pública, corrigiendo los desequilibrios territoriales y sociales de partida.

Cuando se habla de equidad igualdad es porque existen desigualdades como ya hemos señalado. Es importante matizar a qué tipo de desigualdades se hace referencia. Para algunos, consisten en las diferencias en el nivel y la calidad de la salud de los distintos grupos de población y, para otros, en las diferencias en la provisión y en la distribución de los servicios sanitarios.

La equidad tiene que ver con la igualdad de oportunidades sanitarias y la reducción de las diferencias. Y puede concretarse afirmando, como hace H Leenan (1995), que:

- A igualdad de necesidades, igualdad de acceso a la atención sanitaria y de utilización de medios.
- Igualdad en la calidad de atención.

Aunque no necesariamente de salud, ya que influyen otros factores como la alimentación, la educación, etcétera.

451 GESTIÓN HOSPITALARIA

PARTE PRIMERA

ORGANIZACIÓN Y

- **EL HOSPITAL COMO EMPRESA DE SERVICIOS**

El producto de un hospital es el enfermo cada uno de los enfermos y, en este sentido, un hospital tiene tantos productos como enfermos, porque ninguno es igual a otro, aunque muchos tengan grandes similitudes.

Los factores de producción son: las materias primas (medicamentos, material sanitario, comidas, etc.); el inmovilizado (aparatos de radiología, quirófanos, etc.); y los recursos humanos (médicos, enfermeras, sanitarios, etc.).

Desde el punto de vista de su funcionamiento, no hay razones para excluir a los hospitales de una gestión empresarial, en el que la combinación de los factores productivos se realice del modo más eficiente posible, con un resultado eficaz de calidad. Como sucede en otros sectores de la actividad económica, la calidad del servicio y los costes son las dos coordenadas en las que han de moverse las empresas de salud en un marco competitivo.

Sin embargo, hasta hace muy poco, en los países desarrollados donde predominan sistemas de tipo público, los hospitales han tenido dificultades para adaptarse a una gestión más flexible y moderna. El centralismo y la rigidez burocrática son los dos obstáculos más comunes. En la mayoría de los casos, ni siquiera se dispone de un marco jurídico para que el hospital funcione como una empresa. De ahí que se abogue por el reconocimiento de personalidad jurídica propia para los hospitales de titularidad pública,

como entidades de derecho público. O bien que funcionen como servicios descentralizados sometiendo su actividad al ordenamiento jurídico privado.

Sin embargo, hay características que hacen diferentes a las empresas clásicas de lo que puede ser una empresa de salud.

	Empresa clásica	**Empresa de salud**
Producto	Con frecuencia es un único producto estandarizado	Es el paciente. Tantos productos como pacientes
Cliente	Decide lo que compra	Es el médico el que decide
Decisiones	Se toman jerárquicamente	Sin participación jerárquica
Forma de pago	El cliente paga por su producto	Con frecuencia paga el seguro de salud
Calidad	El cliente evalúa la calidad casi siempre	Difícilmente puede evaluar la calidad asistencial

La organización sanitaria, y en concreto el hospital, se desenvuelve en un contexto especial: se da una división entre quien asume la responsabilidad de la atención sanitaria (el médico) y las consecuencias financieras de sus decisiones.

Además, tanto en el médico como en el paciente se dan las siguientes características que no se dan en otro tipo de empresas.

Paciente	Médico

No decide lo que compra	Define el producto final
No paga generalmente. Lo hace el seguro de salud	Apoderado de las decisiones del paciente
Difícilmente puede evaluar la calidad de la atención médica	Proveedor de unos servicios y cliente de otros
	Generador simultáneo de demanda y oferta

No se puede pensar que la única función de un hospital está relacionada con el servicio asistencial. Puede también desarrollar aunque no todos los hospitales lo hagan funciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, así como de docencia e investigación.

- **Clasificación de los hospitales**

Aunque algunos aspectos básicos forman el común denominador de todos los hospitales, no todos son iguales. Existen diferencias no pequeñas, tanto por la complejidad de los procesos que se llevan a cabo como por sus fines últimos (ligados ordinariamente a la dependencia patrimonial), el tipo de pacientes que atienden, el mercado al que se dirigen, etcétera.

♦ *Por la dependencia patrimonial*

Públicos

Privados:

Con ánimo de lucro

Sin ánimo de lucro

♦ *Por su función*

Generales. Atienden a enfermos de distintas especialidades, tanto médicas como quirúrgicas.

Monográficos. Destinados de modo especial a un tipo de pacientes: maternidad, psiquiatría, etcétera.

♦ *Por la complejidad asistencial*

Esta clasificación viene determinada por las instalaciones, tecnologías, especialidades, personal empleado, etc., que posee el hospital y le permite abordar niveles de asistencia distintos.

De alta complejidad o terciario. Son hospitales donde se llevan a cabo los tratamientos más complejos y disponen de alta tecnología.

De complejidad media o secundario. Dispone de importantes recursos, pero no dispone de determinados servicios más complejos.

De baja complejidad o primario. Lleva a cabo la asistencia de pacientes agudos de patología sencilla.

♦ *Por el tipo de pacientes*

De agudos. En su generalidad, de corta estancia.

De crónicos. De media y larga estancia.

♦ *Por su ámbito de influencia*

Locales

De distrito

Regionales

Las administraciones públicas podrán establecer conciertos con medios ajenos a ellas, dando prioridad alas entidades que tengan carácter no lucrativo.

El proceso de transferencias a las comunidades autónomas ha propiciado que éstas hayan establecido sus propios criterios para concertar con los centros de titularidad privada.

- **Estructura y organización hospitalaria**

El Consejo de Europa en la Resolución 77 (21.2.1977) sobre Organización y Estructura Interna de los Hospitales, recomienda una serie de medidas que deben ser adoptadas. Algunas de ellas son las siguientes:

- *Integración de las prestaciones médicas a enfermos hospitalizados y no hospitalizados*. Esto significa el adecuado intercambio de información entre los distintos niveles, así como la integración organizativa de las consultas externas, urgencias y hospitalización.
- *Organización de los cuidados*. Establecer la correspondiente graduación de cuidados intensivos, intermedios y mínimos. Favorecer el establecimiento de cuidados psiquiátricos en hospitales generales.
- *Dirección del hospital*. a) Establecer la distinción clara entre los titulares del hospital y la dirección, que señalan la política general y la administración diaria del hospital, respectivamente. b) Estructura de la organización. Relaciona y coordina los servicios médico y administrativo. c) Política global de dirección de personal.
- *Sistema de información*. Asegura la necesaria calidad para la gestión, tanto para

los servicios médicos como administrativos.

- *Política de comunicación*. Tanto horizontal como vertical y una adecuada información personalizada a los pacientes.
- *Estructura de los servicios médicos del hospital*. Tratamiento global del paciente mediante un trabajo en equipo. Procurar la centralización de los servicios de diagnóstico. Establecimiento de protocolos con responsabilidades claramente definidas.
- *Evaluación del trabajo médico*. Formar a los médicos en el conocimiento y en la importancia de la eficacia, eficiencia y calidad de la atención sanitaria. Facilitarles la información necesaria de carácter económico, administrativo y técnico. Establecer comisiones de control y calidad de la asistencia.
- *Estructura de los servicios de enfermería*. Recomienda el cuidado en equipo por personas y no por funciones. Atención personalizada.
- *Servicios médico sociales*. Para facilitar determinadas dificultades de los enfermos de carácter psicológico, social, etcétera.
- *Derechos del enfermo*. Atención delicada y personal a cada paciente.
- *División del trabajo, participación e incentivos*. Estimulando la autonomía en el trabajo y la participación del personal. Facilitar la formación permanente. Otros aspectos, como los referidos a la seguridad en el hospital,

servicios compartidos entre hospitales, concepción de los hospitales y cooperación internacional, complementan las recomendaciones.

- **Servicio de admisión y urgencias**

La mayoría de los pacientes acceden al hospital a través del Servicio de Admisión para acudir a la consulta ambulatoria.

No obstante, y por razones de estructura organizativa y de cultura sanitaria, todavía siguen acudiendo al hospital muchos pacientes por Urgencias. De éstos, sólo entre el 3 y el 5 por 100 está formado por emergencias, y alrededor del 50−60% está formado por enfermos que emplean los Servicios de Urgencias como un «cortocircuito».

Una vez que el paciente está en el hospital, se pone de manifiesto la buena o mala gestión, tanto en el ámbito organizativo como en el trato personalizado.

La buena gestión necesita un soporte organizativo para que la circulación de los pacientes se lleve a cabo con eficacia. Para eso se requiere:

  - Servicio de Admisión centralizado. Conexión estrecha con el Servicio de Urgencias.
  - Servicio centralizado de archivo de historias

clínicas.

- Localización unificada de las consultas externas.
- Servicios centrales de diagnóstico y de pruebas complementarias.
- ***Servicio de Admisión centralizado***

  El servicio de admisión centralizado tiene encomendados los siguientes trabajos:

  - Recepción y registro de pacientes.
  - Programación de consultas externas, de acuerdo con los servicios médicos (ambulatorio).
  - Gestión de listas de espera.
  - Gestión y programación de camas y de altas hospitalarias.
  - Elaboración de presupuestos para quienes lo soliciten.
- Ordinariamente, el primer contacto con el Servicio de Admisión es telefónico, bien para solicitar una información determinada o, lo que es más frecuente, una

consulta con un Servicio.

En este primer contacto se han de tomar algunos datos del paciente: nombre, teléfono y dirección, si es posible.

Cuando el paciente llega al hospital, acude al Servicio de Admisión, donde establece su primer contacto.

Una función importante del Servicio de Admisión radica en el «registro de pacientes» con la obtención de todos aquellos datos que configuren el «conjunto mínimo básico de datos (CMBD)».

Después de la visita del médico, es frecuente que se soliciten informes a otros servicios médicos y pruebas complementarias. Todas han de programarse para que se lleven a cabo en el menor tiempo posible.

Los Servicios Centrales de diagnóstico y de pruebas complementarias deben funcionar no menos de 12−14 horas diarias para

consultas externas y hospitalización (las 24 horas para urgencias).

◊ Las listas de espera responden a la falta de adecuación de la oferta a la demanda existente aunque esta afirmación puede dar lugar a múltiples observaciones y matizaciones, precisamente en el ámbito sanitario, donde parece comprobado que un incremento de la oferta crea su propia demanda.

Se entiende que el Servicio de Admisión debe gestionar tanto las listas de espera de consultas externas como las de hospitalización. La mayoría de los países que han implantado un Sistema Nacional de Salud tienen abundantes listas de espera que, hoy por hoy, parecen difícilmente evitables.

◊ En un porcentaje elevado de pacientes, el ingreso en el hospital está en conexión con una intervención quirúrgica. La utilización coordinada y óptima de estos dos

importantes recursos exige una programación con tiempo suficiente, pero flexible.

El Servicio de Admisión, que ha de procurar la ocupación máxima del hospital (el 85% de ocupación se considera muy aceptable), ha de establecer los criterios para asignación de camas y un equilibrio entre ingresos programados y los procedentes de urgencias.

◊ **Nivel de utilización de los recursos y su eficiencia**

El proceso de producción del hospital debe lograr, a través de una correcta planificación, la máxima utilización de los recursos asistenciales de modo eficiente. El nivel de organización y la estructura propia del hospital condicionan, en no poca medida, esos dos objetivos.

Tradicionalmente se vienen utilizando unos índices o tasas de rendimiento de las distintas áreas del hospital para conocer su mayor o

menor adecuación a lo que se considera óptimo.

◊ ***Consultas externas***

El rendimiento en las consultas externas será la relación que existe entre el tiempo dedicado a la consulta y el tiempo teórico de que se dispone.

Ordinariamente, se establece un tiempo estándar para cada uno de ellos y en cada especialidad (obviamente, no se emplea el mismo tiempo, en general, con un paciente de Dermatología que con uno de Medicina Interna o Psiquiatría).

Este dato, en sí mismo, tiene un interés muy limitado, ya que no tiene en cuenta la mayor complejidad del caso y los recursos utilizados en cada tipo de pacientes.

Es conocido, por otro lado, que los hospitales universitarios, donde hay un porcentaje de médicos en formación, son más costosos al hacer un mayor uso de los recursos. Un

sistema de revisión eficaz sobre lo que hacen los médicos en formación y el establecimiento de protocolos, actualizables cada cierto tiempo, pueden mejorar sensiblemente la eficiencia de las consultas externas.

◊ ***Hospitalización***

La hospitalización es el recurso más costoso de un hospital. Desde el punto de vista global, se tiene en cuenta el índice de ocupación, que es la relación existente entre el número de camas ocupadas en un período y el número total de camas utilizables. Esto puede hacerse para cada servicio (si tiene camas asignadas) y puede obtenerse la estancia media del hospital y de cada servicio.

Es sabido que algunas unidades especiales, como la unidad de cuidados intensivos o la de cuidados intermedios, tienen índices de ocupación inferiores, no comparables a los de hospitalización.

En un hospital

general se considera que una ocupación del 85% es buena. Se debe considerar cómo se logra esta ocupación: a base de aumentar las estancias medias o aumentando la rotación de los pacientes (ingresando más). Esta última solución es mucho más eficiente.

◊ ***Servicios médicos centrales***

Estos servicios, cuyos principales clientes son los propios médicos del hospital, han de satisfacer las peticiones que reciben con la mayor rapidez posible y flexibilidad, conjugándolas con la calidad necesaria. El buen funcionamiento de los Servicios Centrales mejora la eficiencia general del hospital.

Han de tener la estructura y organización capaz de responder a las necesidades, en el marco de un uso intensivo de sus instalaciones.

451 GESTIÓN HOSPITALARIA

PARTE

PRIMERA

ORGANIZACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

◊ **LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Introducción

Son muy diversos los componentes de la actividad humana que tienen relación con el nivel de salud de las personas y de la colectividad. Esto ha conducido a distintas definiciones de salud que, a su vez, condicionan los sistemas de salud existentes.

Esto hace que la salud sea un concepto relativo y multidimensional: variable dependiente en la que influyen diferentes aspectos relacionados con el entorno, hábitos de vida, factores biológicos, etc., (alimentos, vivienda, agua, clima, deporte).

Para la Real Academia Española, salud es el estado en que un ser orgánico ejerce normalmente

todas sus funciones.

La OMS considera que el sistema de salud incluye componentes interrelacionados del medio ambiente, de las instituciones educativas, aspectos de la vivienda, condiciones laborales y otros sectores relacionados.

La OMS recomienda la colaboración intersectorial.

En nuestro país la salud es un derecho de todos los ciudadanos. En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, para proteger a los productores más débiles de la industria y el comercio.

La Constitución Española (art. 43), reconoce el derecho a la protección de la salud y compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y servicios sanitarios.

La Ley General de Sanidad de 1986 completó el desarrollo normativo estableciendo que la

asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.

A partir de 1989 se puso en marcha la universalización de la asistencia sanitaria. Su implantación originó un aumento de un millón de personas que hasta entonces no disfrutaban de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y un aumento de beneficiarios del 4 por 100.

La auténtica prestación de servicios sanitarios incluye: la promoción de la salud; la prevención de enfermedades; el tratamiento y la rehabilitación.

Uno de los componentes más destacados de un sistema nacional de salud es su organización, para el cual se movilizan diversos recursos, con mayor o menor grado de centralización, en función de la distribución geográfica que se realice.

El sistema sanitario debe gestionar recursos físicos, económicos y

humanos. La gestión implica:

- Planificación: desarrollo de programas y creación de recursos.
- Administración: movilización y eficacia de recursos.
- Regulación: consecución de estándares (de calidad).
- Legislación: política sanitaria.

Características de los servicios

- Propiedad. Los clientes no adquieren la propiedad sino el uso o disponibilidad del servicio.
- Contacto directo con el cliente. Personalización de la oferta.
- Participación del cliente. Puede especificar el servicio, coproducirlo, controlar su calidad, comercializarlo (transmisión oral). En el hospital el cliente tiene una

posición de debilidad frente a la organización, escaso grado de participación. Está dominado.

- Intangibilidad.
- Inseparabilidad del proceso de producción−consume El servicio se elabora, comercializa y consume en el mismo momento.
- Heterogeneidad. No hay dos consumidores iguales. Los servicios son difíciles de generalizar.
- Son perecederos. Caducidad. No pueden almacenarse.
- Difíciles de medir.
- No pueden inspeccionarse.
- La calidad no puede predeterminarse.
- Tienen una dimensión temporal.
- Se prestan tras una solicitud.
- Son más críticos en unas industrias que en otras (sanidad

pública: error cero).

- Implican la fiabilidad humana. Calidad del servicio: previniendo el error).
- Problemas de percepción del cliente: relativo y subjetivo. Otros aspectos influyen en su valoración (ambiente, trato). Gestión de calidad.

Los organismos públicos

Son instrumentos de búsqueda y consecución de los objetivos de las organizaciones colectivas (estado, comunidad autónoma, municipio).

Sus características son:

- Los objetivos no suelen tener naturaleza económica.
- Conllevan contraprestación económica (aunque normalmente de forma indirecta:

impuestos).

- Puede existir conflicto de intereses entre los diversos grupos afectados por la gestión de organismo público (usuarios, personal, proveedores,).

Clases de actuaciones públicas

- El servicio público individualizado: actividades que se proporcionan a personas o grupos concretos, en régimen de monopolio público o en competencia con otros organismos públicos o privados.
- El servicio público directo: actividades que se prestan a toda la sociedad sin que haya usuarios individuales.

La asistencia sanitaria individualizada en

régimen de monopolio público

- La salud es un derecho fundamental.
- Se debe cubrir todo el mercado (zonas, servicios).
- Debe ofrecerse incluso a aquellas personas que no lo pueden pagar.
- Existen dos tipos de monopolio: la sanidad pública como monopolio natural ya que se necesitan economías de escala para rentabilizar los costes de multitud de ofertas y la sanidad pública como monopolio por motivos económicos ya que se debe ofrecer asistencia médica a los grupos menos favorecidos.

La asistencia sanitaria individualizada en

régimen de competencia

- Oferta privada.
- Existencia de competencia en algunos sectores sociales con respecto a algunos servicios.
- Complementa a la pública (conciertos).
- Estrategia de nicho o alta segmentación.

La asistencia sanitaria como servicio directo a la comunidad

- Se considera que el servicio no tiene usurarios individuales, se dirige a toda la sociedad (actividades de promoción, prevención de la salud, etc.).
- **La atención primaria**

  Es la puerta de entrada al sistema y a la propia atención sanitaria.

Comprende la asistencia prestada por los médicos generales, pediatras y enfermeras, bien en consultorios rurales o urbanos, en centros de salud. También se da asistencia a domicilio.

Este primer nivel asistencial incluye los servicios de urgencia extrahospitalaria y los puntos de atención continuada de los centros de salud, así como la extracción periférica y parte de las instalaciones de diagnóstico complementario básico (radiología simple, laboratorios de análisis clínicos sencillos y electrocardiograma).

Los nuevos servicios de atención primaria

atienden también, aunque no de forma homogénea, la planificación familiar y la atención a la mujer, actividades preventivas, salud mental, trabajo social sanitario y fisioterapia básica, por medio de unidades específicas.

En relación con otras facetas de organización, los médicos generales llevan a cabo tres tareas:

- Regulan el acceso a las consultas de los especialistas del hospital, debido a la obligatoriedad del documento de derivación, excepto para urgencias.
- Cumplimentan, además de las propias, las recetas

de los especialistas.

- Controlan las bajas laborales a través de los partes de incapacidad laboral transitoria.

En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y comunidad, desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención sanitaria (art. 56 LGS).

- **Atención especializada**

De acuerdo con el artículo 65

LGS, el hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia. En los hospitales también se llevan a cabo las labores de docencia e investigación, sin limitarse únicamente a la tarea asistencial. La red de asistencia especializada cuenta con hospitales de distinto tipo:

- Hospitales de agudos.
- Hospitales de crónicos.
- Hospitales monográficos.

Teniendo en cuenta la planificación territorial, existen distintos niveles de complejidad en los

hospitales generales, en razón del ámbito de `población al que atienden y los servicios y especialidades de que disponen (hospitales de nivel secundario y de nivel terciario).

La aproximación de los servicios sanitarios a toda la población, la integración de todas las funciones en el marco de un ámbito territorial y la descentralización, son principios que, con mayor o menor acierto, han inspirado una gran parte de las políticas sanitarias de nuestro entorno.

Teniendo en cuenta estos principios,

se constituyeron las áreas de salud como las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de cada comunidad autónoma y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios que éstos han de desarrollar (art. 56 LGS).

- **El área de salud**

Como ya se ha dicho, el área de salud es la estructura fundamental del sistema sanitario. Con el fin de lograr la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios en

el ámbito primario, las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud. Esta delimitación se realizará teniendo en cuenta:

- La distancia máxima de la población más alejada de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido.
- Grado de concentración o dispersión de la población.
- Las características epidemiológ de la zona.
- Las instalaciones y recursos sanitarios de

la zona.

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan su actividad los centros de salud, centros integrales de atención primaria.

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

Como norma general, cada área de salud extenderá su acción a una población entre 200.000 y 250.000 habitantes y se

delimitará teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación.

Asistencia especializada Área de Salud

Zona básica 1 Zona básica 2 Zona básica 3

Atención primaria Atención primaria Atención primaria

Equipos de apoyo

atención primaria

- **La salud pública**

La actuación de la sanidad pública española se caracteriza por:

- Un régimen teórico de competencia El mercado no determina precios y calidad. Es un monopolio con competencia privada en algunos segmentos.
- La sanidad española no sólo contempla la asistencia sanitaria, sino la prevención promoción de la salud (importante y difícil tarea que requiere la intervención estatal).
- Los distintos servicios de salud (nacionales

y de las comunidades autónomas) no compiten entre sí, sino que se reparten el mercado con base geográfica. *Regionalizac*

- La oferta sanitaria privada no puede competir en todo el mercado y con respecto a toda la población.
- El usuario carece de referencias para apreciar la calidad de los servicios sanitarios públicos. No debe

compararse con la oferta privada sino con otros servicios de otros países.

El artículo 8 LGS afirma que «se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, que debe tener como base un sistema organizado de información sanitaria, de vigilancia y de acción epidemiológica».

Surge así,

con entidad y contenido propio, la salud pública, con una función de información, vigilancia, protección y promoción en todo aquello que afecte positiva o negativamente a la salud. Adquiere, por su misma naturaleza, un carácter de totalidad o universalidad, en la medida en que afecta a todo el medio en el que se desarrolla la vida de los individuos.

Desde el punto de vista de su contenido material, podrá establecerse la siguiente división:

- Salud laboral. Higiene y medicina del trabajo;

seguridad social.

- Higiene y alimentación Establecimie alimenticios; mataderos industriales; antropozoon desinfección y desratización
- Salud ambiental. Agua de consumo; residuos líquidos; residuos sólidos; contaminaci atmosférica; urbanismo; vivienda; locales públicos y colectivos; alimentos.
- **Planificació y cálculo de recursos sanitarios**

  Cualquier sistema de planificación en este caso de asistencia sanitaria, debe adecuar una oferta

a
una
demanda
estimada.
Los
recursos
sanitarios
deben
satisfacer
las
necesidades
existentes.

Esto
que
parece
tan
sencillo
de
formular
no
lo
es
tanto
cuando
esta
adecuación
aparece
en
toda
su
complejidad
No
basta
una
simple
consideración
cuantitativa
de
los
recursos
o de
la
propia
demanda.
Ambas
requieren
matizaciones
cualitativas
que
obligan
a un

diagnóstico preciso para determinar las acciones que se han de tomar.

En los años setenta, la planificación regional adquirió carta de naturaleza, especialmente en Europa. Se base en el establecimiento de áreas geográficas con determinadas características que pudieran ser administradas de manera razonable.

Aunque no exista un tamaño estandarizado de

una
región
sanitaria,
es
una
manera
de
racionalizar
las
estructuras
administrativ
y
hacer
efectiva
la
oferta
de
servicios
sanitarios.

Junto
a la
planificación
territorial,
la
epidemiolog
ha
irrumpido
en
el
campo
de
la
planificación
sanitaria
y,
más
específicame
en
lo
que
se
ha
llamado
la
medicina
comunitaria.
En
la
medida
en
que

la epidemiolog identifica los problemas de salud, efectúa una aportación de singular importancia para la planificación sanitaria, sin olvidar la posterior evaluación de las medidas que se adoptan para lograr los objetivos de salud.

Los sistemas que se han utilizado para calcular los recursos sanitarios que satisfacen la demanda son muy

diversos. Se utilizan con frecuencia como orientativos y elementos de comparación. Algunos de estos métodos son los siguientes:

- El que se basa en las necesidades de salud. Responde a las necesidades conocidas y cuantificadas
- El que se basa en los objetivos de los servicios. Mediante este método se definen los objetivos

de servicios producidos y de volumen de recursos.

- El que se basa en la utilización de servicios. Trata de hacer una estimación de los servicios que utilizará la población en el futuro, partiendo de las necesidades actuales.
- El que se basa en estándares o índices (*ratios*). Entre ellos están:
    - Índi
      de
      recu
      sanit

Se utiliz el índic del núm de cam por mil habi tanto en hosp de aguc com de larga estar etc. Es frecu tamb el de núm de méd por mil habi

- Índic de dem Se utiliz los de frecu tanto de cons com de hosp que son un índic de la

sobr
o
subu
de
los
servi
sanit

- Índic
de
orde
terri
El
tiem
que
nece
la
pobl
en
med
de
trans
ordi
para
acce
a
un
servi
sanit
es
muy
clási
y
basta
razo
(se
cons
que
no
debe
exce
de
30
minu
a
un
cent
de
urge
o
de
tres
hora

a
un
cent
de
asist
auto

- Índic
de
gesti
Trat
de
med
el
nive
de
rend
de
los
recu
Se
utiliz
el
índic
de
ocup
la
estar
med
etc.
Poco
a
poco
algu
de
estos
índic
van
sien
susti
por
otros
que
tiene
may
prec
com
los
anál
de
«cas

- **Fact**
dete

en la proc de serv

No basta estab el tipo de recu que se nece En la asist sanit aden de los aspe cuan se debe valo los cual que pued afec direc a la satis de los paci Para Don las cara de los recu y su orga son los

llam
«fac
inter

♦ **LA SAN EN EUR**

Intr

La estru y el func de los siste naci de salu son el resu de un larg desa histó desd los hosp de cari y los disp al

segu
de
enfe
para
la
prot
de
los
traba
que
conc
con
post
a
la
segu
soci

El
térm
salu
tiene
conn
muy
dive
Es
un
conc
aden
relat
y
mult
Por
otro
lado
la
salu
es
una
varia
depe
en
la
que
influ
difer
facto
relac
con
el
ento
los

hábi
de
vida
facto
biolo
etc.
En
defin
los
alim
la
vivie
el
agua
el
clim
el
depo
etc.,
afec
a
la
salu
y
prob
más
inclu
que
los
serv
sanit

Se
requ
com
ha
reco
la
Orga
Mun
de
la
Salu
una
cola
inter
para
que
la
salu
alcan
a

todo

La
auté
pres
de
serv
sanit
inclu
la
pron
de
la
salu
la
prev
de
enfe
el
trata
y
la
reha

El
com
más
desta
de
un
siste
naci
de
salu
es
posi
la
orga
de
prog
para
el
cual
se
mov
os
dive
recu
exist
con
may
o

men
grad
de
cent
en
func
de
la
distr
geog
que
se
reali

Exis
otros
com
del
siste
sanit
com
son
los
recu
físic
y
econ
y
los
recu
hum
tan
impo
en
este
secto
La
gesti
de
todo
ellos
se
aglu
en
la
pres
prop
dich
del
serv
sanit

La
gesti
inclu
la
plan
la
adm
la
regu
y
la
legis
La
plan
pued
aplic
al
desa
de
prog
y
más
espe
a
la
prod
de
recu

La
adm
se
ocup
de
la
mov
de
recu
y
su
efica
Las
func
de
supe
com
coor
y
eval
reca
sobr
ella.

La
regu
se
aplic
a
la
cons
de
dete
está
Med
la
legis
el
gobi
estab
la
polít
sanit

- **Los
siste
sani
en
los
país
de
la
UE**

Los
país
de
la
Unió
Euro
orga
sus
siste
de
salu
y
func
de
muy
disti
form
La
Euro
occi
aunc
lleva

a
cabo
algu
refor
por
le
mon
no
cues
su
siste
de
finan
ni
esen
su
orga
Sin
emb
en
el
grup
de
los
país
del
Este
de
Euro
se
está
lleva
a
cabo
cami
más
radic

Los
siste
de
salu
en
Euro
occi
se
aline
en
dos
grup

- ***Siste***

naci
de
salu

El
insp
en
el
infor
Bev
de
1942
que
form
la
orga
adop
por
Suec
en
los
años
30.
Esta
un
siste
naci
de
salu
Sus
cara
son
las
sigu

Los
país
que
han
adop
este
siste
son: