



Manual CTO de Enfermería

Administración

Autor

Julián Ordóñez Ropero

TEMA 1. INTRODUCCIÓN	05
1.1. La creación de la administración actual	06
TEMA 2. ECONOMÍA DE LA SALUD	07
2.1. La empresa	07
2.2. Los productos sanitarios	07
2.3. Los costes	08
2.4. La valoración del rendimiento	09
TEMA 3. EL SISTEMA SANITARIO	13
3.1. Componentes de un sistema sanitario	13
3.2. Tipos de sistema sanitario	14
TEMA 4. SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL	16
4.1. Marco legal	16
4.2. Organización del Sistema Nacional de Salud	16
4.3. Estructura del Sistema Nacional de Salud	17
4.4. Recursos del Sistema Nacional de Salud	17
4.5. Prestaciones del Sistema Nacional de Salud	18
4.6. Nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud español	18

TEMA 5. ADMINISTRACIÓN Y PROCESO ADMINISTRATIVO	20
5.1. Qué es la administración	20
5.2. El proceso administrativo	20
5.3. Etapas del proceso administrativo	20
5.4. Planificación	21
5.5. Organización	28
5.6. Dirección	30
5.7. Evaluación y control	34
TEMA 6. LA CALIDAD Y SU EVALUACIÓN	34
6.1. Criterios, indicadores y estándares de calidad	35
6.2. Evaluación de la calidad de la atención sanitaria	36
6.3. Modelos de calidad	38
6.4. Círculos de calidad	39
TEMA 7. UNIDADES DE ENFERMERÍA	40
- BIBLIOGRAFÍA	42



Aspectos esenciales

- 1 La administración es la ciencia social, la técnica y el arte que se ocupa de los siguientes aspectos:
 - Planificación
 - Organización
 - Dirección
 - Control de los recursos (humanos, financieros, materiales, tecnológicos, el conocimiento, etc.) de la organización.
 Con el fin de obtener el máximo beneficio posible; este beneficio puede ser económico o social, dependiendo esto de los fines que persiga la organización.
- 2 En el terreno que nos ocupa, el de la protección de la salud en su sentido integral, requiere una formación y motivación por parte de los profesionales de enfermería en todos sus campos, incluyendo la preparación en el área de Administración.
- 3 "El principio de la sabiduría en administración consiste en advertir que no existe un sistema óptimo de administración". Tom Burns & G. M. Stalker.
- 4 La administración como disciplina, aporta datos precisos ante la continua evolución que sufren las organizaciones sanitarias que demandan cada vez más la profesionalidad de enfermería en tareas administrativas.
De esta forma se asegura una elevación del nivel de calidad en los cuidados prestados a la comunidad, con una asistencia sanitaria en la prevención, en la promoción, en la curación y en la rehabilitación, mediante la adecuada administración de cuidados y de recursos humanos y materiales.



TEMA 1

Preguntas

- No hay preguntas EIR representativas

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del pensamiento administrativo es tan antiguo como el hombre, se remonta hasta la época en la que los hombres intentaron por primera vez lograr metas mediante el trabajo en grupo, puesto que éstas no podían ser alcanzadas individualmente.

El hombre primitivo se organizó en grupos para poder sobrevivir, consiguiendo con el trabajo cooperativo protegerse mejor de los depredadores y de otros grupos humanos hostiles. El grupo le facilitaba la caza de las presas y otros beneficios. En esta época ya existía una división de roles, que iban desde los más generales (la mujer recolectora, encargada del cuidado de los hijos, los enfermos o los más débiles y el hombre cazador y defensor del territorio), a los más específicos, donde entrarían en juego el papel jefe o líder del grupo humano que lo dirige o el chamán o hechicero, que vincula al hombre con el más allá en el plano espiritual. Estos roles estaban encaminados a la producción de los bienes necesarios para el bienestar y para el mantenimiento de la tribu.

Cuando las personas se organizan para alcanzar una meta común, se obligan a una serie de actividades, de principios y de técnicas para conseguirlo, a las que se denomina **administración**.

Aunque la planificación es la clave de una administración efectiva, la estructura organizativa proporciona el marco formal, un sistema de trabajo efectivo, un sistema de comunicación, una identidad para los individuos y la organización y fomenta la satisfacción en el trabajo.

La **organización** es una etapa dentro del proceso administrativo en la que se intentan establecer sistemas y fórmulas de coordinación y relación efectiva de los recursos, las personas y los medios materiales, de manera que las acciones se realicen de la mejor forma posible y se alcancen los resultados esperados en tiempo, calidad, cantidad y satisfacción.

Esta organización consiste en coordinar a individuos y a grupos para la acción colectiva. *La verdadera esencia de toda buena organización estriba en que cada uno lleve a cabo su trabajo de forma que no obstaculice el trabajo de los demás* (Nightingale).

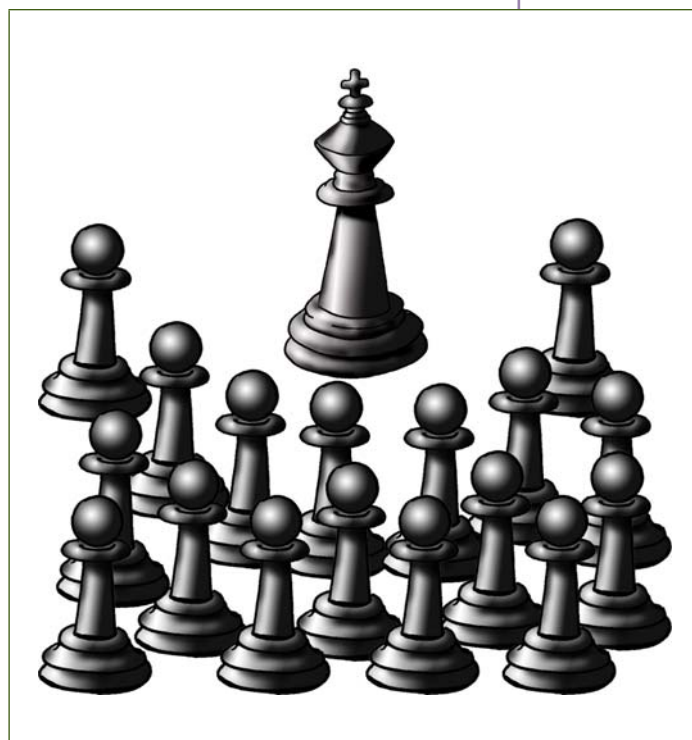


Figura 1. Figura de líder

1.1. LA CREACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN ACTUAL

A finales del siglo XIX y principios del XX, dada la progresiva complejidad industrial con el empleo de grandes grupos humanos y la incorporación de nuevas tecnologías al tejido industrial, surgen las primeras inquietudes y empieza a tomar forma la teoría moderna de la administración.

1.1.1. Los creadores de la administración actual

Los creadores de la administración actual son los siguientes:

- **Frederick Taylor** (1856-1915): ingeniero norteamericano que es considerado el padre de la administración científica, establece los principios de eficacia, eficiencia y productividad (o superávit). Propone que al trabajador que produzca se le dé un incentivo, que la empresa proporcione formación continuada a los trabajadores, sustituye por primera vez las reglas prácticas por la ciencia, considerando a la administración como una ciencia. La característica esencial de cualquier ciencia es la aplicación del método científico al desarrollo del conocimiento. Por consiguiente, la administración debe incluir conceptos claros, teoría y otros conocimientos que se han desarrollado a partir de hipótesis, experimentación y análisis.
- **Henri Fayol** (1841-1915): ingeniero francés, padre de la teoría moderna de la administración operacional. Este autor apoyándose en su experiencia profesional como empresario, elaboró los principios generales de la administración, que son los siguientes:
 1. **División del trabajo:** es decir, especialización de los trabajadores.
 2. **Autoridad y responsabilidad:** ambas se relacionan entre sí y la segunda es causa de la primera.
 3. **Disciplina.**
 4. **Unidad de mando:** los subordinados deben recibir órdenes de un único jefe.
 5. **Unidad de dirección:** cada grupo de actividades con el mismo objetivo ha de tener un responsable y un plan.
 6. **Subordinación del interés particular al general.**
 7. **Remuneración:** tiene que ser justa, consiguiendo la mayor satisfacción del trabajador.
 8. **Centralización de la autoridad.**
 9. **Jerarquía o cadena escalar:** la autoridad se distribuye en líneas de mando.
 10. **Orden:** *un lugar para cada cosa (cada persona) y cada cosa (cada uno) en su lugar;* éste es un principio de organización para la ubicación de las cosas y de las personas.
 11. **Equidad:** que se refiere a la actitud del gerente hacia sus subordinados.
 12. **Estabilidad en el puesto.**
 13. **Iniciativa:** Fayol anima a los administradores a que promuevan la iniciativa de sus subordinados.
 14. **Espíritu de equipo:** *la unión hace la fuerza.*

Pero la mayor contribución de Fayol al mundo de la administración quizá haya sido la de definir las etapas del proceso administrativo, que son las siguientes:

- Planificación.
- Organización.
- Dirección.
- Coordinación.
- Control.

Estas etapas son válidas actualmente, aunque con ligeras modificaciones. Fayol decía que este proceso administrativo no sólo era aplicable a los negocios, sino también a organizaciones políticas, militares, sanitarias y de otros tipos, ya que todas las empresas requieren de la administración.

- **Hugo Münsterberg** (1863-1916): filósofo alemán, al que se le considera el padre de la psicología industrial. Sus estudios van dirigidos a cómo encontrar personas cuyas capacidades mentales sean las idóneas para un determinado puesto de trabajo (se le considera el padre de la psicotecnia), qué condiciones psicológicas en el trabajo producen mejores resultados, o cómo una empresa puede influir sobre sus trabajadores para que sean más productivos.
- **Emile Durkheim** (1858-1917): sociólogo francés; insistió en la idea de que los grupos controlan la conducta humana.
- **Max Weber** (1864-1920): filósofo y sociólogo alemán, dijo que la jerarquía, la autoridad y la burocracia (incluyendo reglas claras, definiciones de tareas, etc.) se encontraban en la base de todas las organizaciones sociales.
- **Lillian Gilbert** (1878-1972): con su libro *Psychology of Management*, aplicó los primeros conceptos psicológicos a la práctica de la administración.
- **Elton Mayo** (1880-1949): psicólogo norteamericano que mediante su famoso estudio Hawthorn encontró que la mejora de la productividad se debía a factores sociales tales como las interrelaciones satisfactorias entre los miembros del grupo y llegó a la conclusión de que una administración que comprenda la conducta humana del grupo y la mejora mediante la motivación, la asesoría, la dirección y la comunicación conseguirá un aumento de la producción.

ECONOMÍA DE LA SALUD

- EIR 08-09, 97
 - EIR 05-06, 100
 - EIR 02-03, 77
 - EIR 01-02, 78

2.1. LA EMPRESA

Una **empresa** se puede definir como la *organización de recursos materiales, humanos, tecnológicos y financieros cuyo fin es transformar esos recursos mediante un proceso de conversión (producción) en productos que satisfagan alguna necesidad de la sociedad* (Figura 2). El uso de estos productos es lo que se denomina consumo.

El sistema empresarial, aplicado a hospitales, puede comprenderse sobre la base del modelo desarrollado por Hannan para estudiar los sistemas de información. Este modelo se explica de forma reducida en la Figura 3.

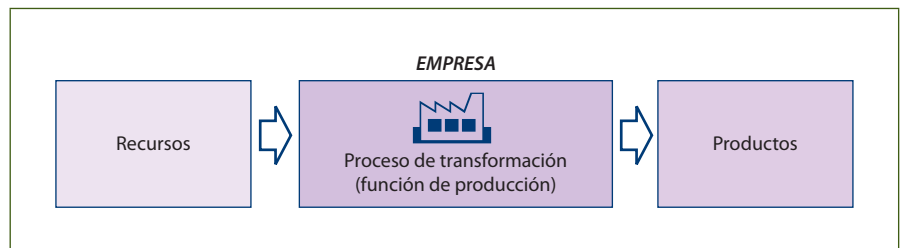
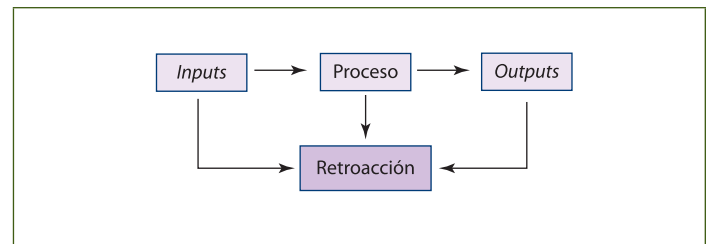


Figura 2. Componentes de la empresa



Inputs = Necesidades de salud. Personal. Pacientes. Materiales
 Procesos Diagnósticos. Tratamientos. Cuidados
 Outputs = Servicios prestados. Impacto

Figura 3. Modelo para estudiar los sistemas de información

2.2. LOS PRODUCTOS SANITARIOS

Los productos sanitarios son considerados como bienes y servicios, ya que presentan aspectos relacionados con la producción (son generadores de riqueza) y con el consumo (satisfacen necesidades). Las características diferenciales entre los productos industriales y los productos sanitarios son importantes; estas características se analizan en la Tabla 1.

PRODUCTO INDUSTRIAL	SERVICIO SANITARIO
Tangible	Producto intangible
La propiedad se adquiere con la compra y se puede revender	No se transfiere la propiedad con el uso o disfrute de un servicio
El producto se puede observar antes de la compra	En general no se puede mostrar el producto y no es almacenable
La producción, la venta y el consumo están diferenciados	Coincide la producción del servicio y su consumo

Tabla 1. Diferencias entre producto industrial y servicio sanitario

2.2.1. Tipos de productos sanitarios

Desde el punto de vista del cliente, los tipos de productos sanitarios son los siguientes (Figura 4):

- **Producto central:** es el beneficio que encuentra el cliente en relación con sus expectativas (EIR 01-02, 78).
- **Producto tangible:** es la forma exacta en que se oferta un servicio o producto.
- **Producto ampliado:** son los complementos que recibe el usuario mientras duren los servicios que recibe.

Un ejemplo de estos tipos de productos es el control programado de la tensión arterial a un hipertenso en la consulta de enfermería: el producto central sería la tranquilidad del usuario; el producto tangible, la toma de la tensión arterial y el producto ampliado, la educación sanitaria sobre alimentación, ejercicio físico, etc. (Figura 4).

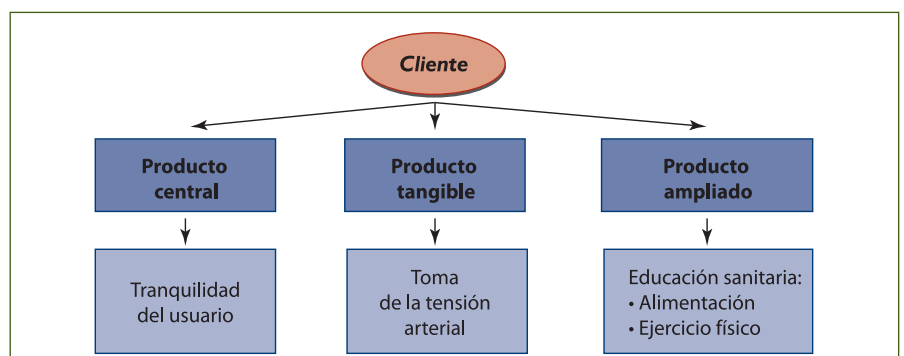


Figura 4. Tipos de productos sanitarios desde el punto de vista del cliente

Desde el punto de vista de la producción, los tipos de productos son los que se enumeran a continuación:

- **Producto intermedio:** se refiere a las actividades que forman parte del proceso de producción del producto final (realización de radiografías, analíticas, esterilización de instrumental, etc.).
- **Producto final:** se trata de aquellas modificaciones en el nivel de salud (disminución de la mortalidad, reducción de la incapacidad, etc.) o en el bienestar del usuario (alivio del dolor...).

2.2.2. La medida de los productos sanitarios

Para determinar los precios del producto sanitario, existen varios sistemas que intentan establecer criterios de valoración económica de las acciones sanitarias, teniendo en cuenta diversas variables presentes en la atención como son los procesos en sí mismos, el tiempo total de atención o la combinación estandarizada de varias situaciones patológicas o de diagnóstico.

2.3. LOS COSTES

Los **costes** son los *gastos y activos sacrificados para la producción de un servicio sanitario*.

2.3.1. Tipos de costes

En los costes sanitarios, la valoración económica de un plan debe hacerse utilizando el término **coste**, es decir *gasto producido para conseguir el objetivo, medido en dinero o en recursos*. Los costes pueden ser de varios tipos (Figura 5):

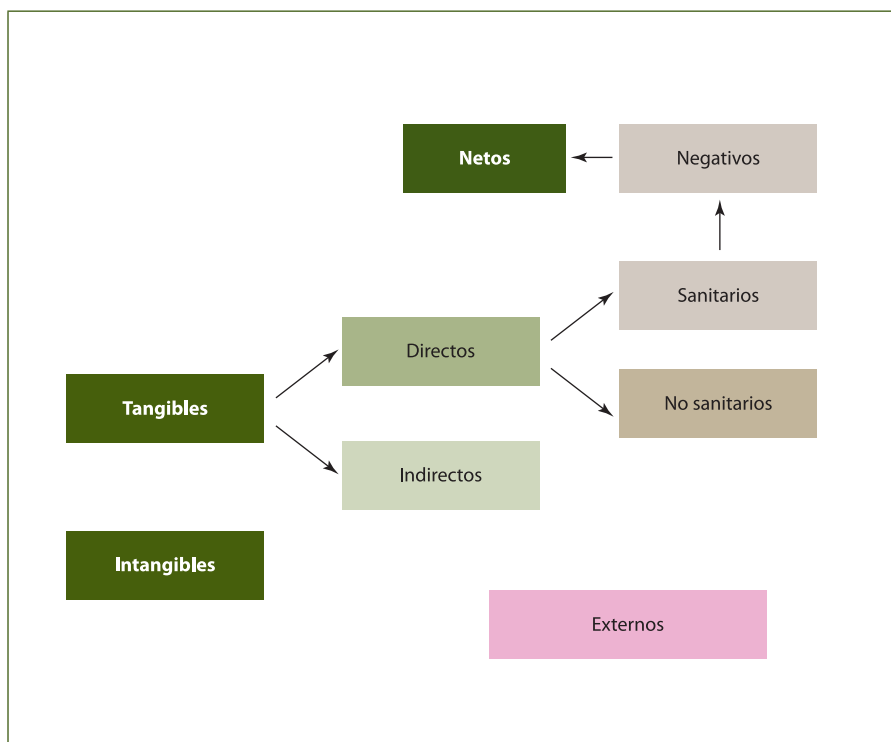


Figura 5. Tipos de costes

- **Costes intangibles:** son aquellos que no pueden ser valorados mediante los mecanismos de precios del mercado (miedo, dolor, molestias, incomodidad, ansiedad, etcétera).
- **Costes tangibles directos no sanitarios:** son los que inciden sobre pacientes o enfermos, pero que no implican factores o recursos sanitarios (alojamientos extraordinarios, dietas especiales, desplazamientos para buscar atención, readaptaciones en el hogar...).
- **Costes tangibles directos sanitarios:** son aquellos que representan factores o productos sanitarios que son utilizados, consumidos o desgastados (salarios, amortización de tecnologías, consumo de medicamentos, materiales y suministros, etcétera).
- **Costes tangibles indirectos:** son los derivados de la reducción de la capacidad para generar ingresos, la disminución del rendimiento laboral o del aumento de los costes empresariales (productividad reducida, rendimiento disminuido, tiempo laboral perdido, interrupciones laborales, etc.).
- **Costes tangibles negativos:** son aquellos que representan ahorros en los recursos sanitarios (estancias evitadas, ahorros en salarios, intervenciones y tratamientos evitados, tratamientos sustituidos...).
- **Costes externos al sector sanitario:** son costes sufragados por sectores no sanitarios (p. ej.: campaña publicitaria de tráfico para reducir la mortalidad por accidentes de tráfico).

Es muy difícil calcular los costes indirectos y los externos y su repercusión sobre el coste total.

2.4. LA VALORACIÓN DEL RENDIMIENTO

Existen términos que informan del beneficio de una actividad mediante el análisis de los resultados de la misma respecto de los objetivos marcados. Estos términos son los siguientes (Tablas 2 y 3):

- La **eficacia**: definida como el *cumplimiento de los objetivos marcados en condiciones óptimas o ideales de actuación* (suele asociarse al ensayo clínico controlado).
- La **efectividad**: ha sido denominada como la *capacidad de probar la eficacia* y supone el cumplimiento de los objetivos marcados en condiciones normales.
- La **eficiencia**: se trata de *conseguir los máximos beneficios con el mínimo coste*. Los planes son eficientes si logran su propósito a un coste razonable (**EIR 08-09, 97; EIR 02-03, 77**).
- La **productividad**: es la *relación que existe entre la cantidad del producto obtenido y los recursos empleados para conseguir ese producto, dentro de un periodo establecido y atendiendo a la calidad*. Si el producto son acciones en salud, la productividad es conseguir el mayor número de acciones de salud.

EFICACIA	EFFECTIVIDAD
Cumplimiento de los objetivos marcados en condiciones óptimas o ideales de actuación	Capacidad de probar la eficacia. Sería el cumplimiento de los objetivos marcados en condiciones normales
EFICIENCIA	PRODUCTIVIDAD
Tratar de conseguir los máximos beneficios con el mínimo coste. Los planes son eficientes si logran su propósito a un coste razonable	Relación que existe entre la cantidad de producto obtenido y los recursos empleados para conseguirlo, teniendo en cuenta a la calidad

Tabla 2. Valoración del rendimiento

CONCEPTO	PREGUNTA A LA QUE SE PRETENDE RESPONDER	MÉTODO DE ESTUDIO
Eficacia	¿Puede funcionar?	Ensayo clínico
Efectividad	¿Funciona?	Ensayo clínico pragmático
Eficiencia	¿Compensa económicamente?	Evaluación económica

Tabla 3. Interrelación entre eficacia, efectividad y eficiencia

2.4.1. La evaluación de la eficiencia

Los recursos son limitados, por tanto, los recursos empleados en producir un servicio dejan de estar disponibles para otro, por lo que se deben priorizar las actuaciones sanitarias según criterios de eficacia, de efectividad y de calidad (Figura 6).

Para **valorar la eficiencia** existen distintos tipos de análisis, que son los que se enumeran a continuación:

- **Análisis de minimización de costes**: se trata de comparar los costes de dos o más procedimientos de los que se sabe que sus resultados son idénticos, con el objetivo de elegir el más económico.
- **Análisis coste-efectividad**: se contrastan dos o más alternativas con relación a sus costes y a sus resultados (costes por unidad de efecto), con el objeto de elegir la que tenga mejor relación coste-efecto.
- **Análisis coste-eficacia**: igual que en el caso anterior, pero las alternativas se producen en condiciones ideales de actuación.
- **Análisis coste-utilidad**: se comparan dos o más opciones con relación a sus costes y a sus resultados expresados en términos de utilidad (unidades de utilidad) o de calidad de vida producida según la percep-

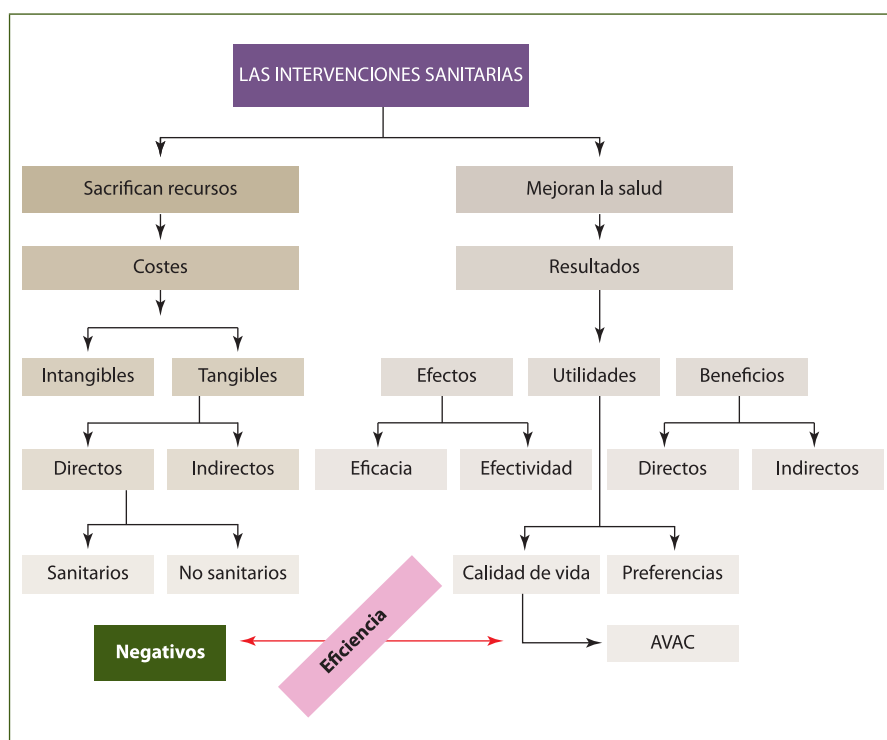


Figura 6. Algoritmo de relación entre costes y resultados

ción del usuario. La unidad de medida puede ser el QALY (*Quality Adjusted Life Year*) o AVAC (años de vida ajustados por calidad); dicha medida relaciona los años de vida que disfrutaría el paciente (gracias a una intervención sanitaria) con la calidad de vida de ese periodo extra.

- **Análisis coste-beneficio:** se miden los costes y los resultados, ambos en unidades monetarias, con lo que es posible conocer mediante una sencilla comparación la posibilidad económica y/o social de llevar a cabo una intervención sanitaria.

Los gastos sanitarios han ido creciendo constantemente, más deprisa que la riqueza de los países desarrollados, de tal forma que cada año hay que dedicar una mayor cantidad de los recursos nacionales al sector sanitario, en detrimento de otras áreas sociales. **Este hecho obliga a gestionar mejor los citados recursos.**

2.4.2. Soluciones al gasto sanitario

Las soluciones al gasto sanitario son las siguientes;

- Aumento de los **impuestos**.
- Limitación o **reducción de las prestaciones** sanitarias.
- Nuevo sistema de gestión para aumentar la eficiencia de los recursos empleados.
- **Sistemas mixtos** de financiación en forma de copago o participación del aseguramiento privado. Estos sistemas consisten en el abono por el enfermo o usuario, de todo o parte del conjunto del gasto sanitario producido por su asistencia, bien directamente o mediante aseguramientos privados. Éste es un concepto relacionado con la eficiencia.

2.4.3. Contabilidad analítica. Proyecto SIGNO y gestión clínico-financiera

La contabilidad analítica, en los hospitales del INSALUD, tiene sus orígenes en el año 1992, mediante el Proyecto SIGNO, que calculaba costes por servicio. Este proyecto supuso, en su primera fase SIGNO I, la entrada de los hospitales en el cálculo de costes, introduciéndose términos hasta el momento desconocidos en ese entorno, tales como: Grupos Funcionales Homogéneos (GFH), criterios de imputación de costes, servicios estructurales, intermedios y finales, etc.

Al mismo tiempo surgieron otras herramientas básicas de gestión en los hospitales, como la codificación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), de los pacientes que causan alta en hospitalización.

Por otro lado, en la segunda fase SIGNO II, se fueron incorporando al sistema una serie de mejoras en los sistemas de información: los sistemas de medición de la casuística hospitalaria mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que clasifican a los pacientes atendidos en grupos homogéneos en función de la patología que padeciesen y de los consumos de recursos; y sistemas de medición de la calidad técnica y percibida.

Además de estos avances, en el año 1997 surge el Plan Estratégico y del Contrato de Gestión (Figura 7) que se implanta en el año 1998 como instrumento de financiación de los hospitales. Se produce un cambio de la UPA (Unidad Ponderada Asistencial) por la Unidad de Complejidad Hospitalaria (UCH). Se empieza a tarifar complejidad y producto, es decir, por UCH, por intervenciones quirúrgicas ambulatorias no específicas, por cirugía mayor ambulatoria, por otros procesos extraídos, etc.

Ya no basta saber lo que cuesta un servicio, sino que la base fundamental es conocer el coste de nuestros productos. Hay obligación de contribuir a la gestión clínica con información que permita la formulación de presupuestos clínicos. En la línea de ir avanzando

en la Gestión Analítica Hospitalaria, se pretende impulsar y coordinar un proyecto que aglutine el coste por servicio, coste por proceso hospitalario, presupuestos por servicio, GFH y proceso, medidas de eficiencia y calidad (utilización adecuada de recursos), en el marco del control interno y de la financiación hospitalaria. Así nace el Proyecto GECLIF (Gestión Clínico-Financiera), que toma el testigo del SIGNO utilizando unas herramientas adaptadas a las exigencias de los gestores sanitarios.

Al tiempo que se concebía y que empezaba el pilotaje del Proyecto GECLIF en algunos hospitales, se introdujeron en el año 1998 una serie de mejoras en la Gestión Analítica, comenzando por la diferenciación de los costes del área de hospitalización (precisos para el cálculo del coste por proceso) de los correspondientes a la actividad ambulatoria. Se trataba de un primer paso para el cálculo de costes de productos, y todos los hospitales del INSALUD se

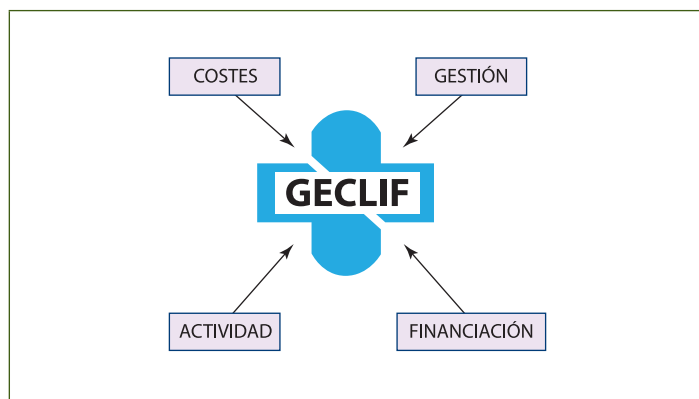


Figura 7. Gestión clínico-financiera

tuvieron que adaptar a la nueva estructura de la contabilidad analítica. Con ello fue posible conocer los costes unitarios del alta, de la estancia y de la Unidad de Complejidad Hospitalaria (UCH), así como los del área ambulatoria, de la consulta primera y sucesiva, etc.

Por tanto, la **gestión clínico-financiera** es el instrumento de gestión que vincula los costes a la actividad, utilizando los sistemas de información disponibles y mediante un proceso de imputación de los costes a los diferentes servicios y productos que se realizan en un hospital (Figura 7 y Tabla 4).

		HASTA 1991	1992	1998	2002 EN ADELANTE
Forma de financiación		Presupuestación retrospectiva	Contratos programa presupuestación prospectiva	Contratos de gestión: presupuestación prospectiva	Un modelo de contabilidad analítica para cada CC.AA.
Definición del producto			Unidad ponderada de asistencia	UCH (altas ajustadas por complejidad aplicando pesos GRD)	
SISTEMAS DE COSTES	Modelos de costes	Experiencias aisladas de contabilidad analítica en distintos centros	Proyecto SIGNO: protocolo de contabilidad analítica para todos los hospitales pertenecientes al INSALUD	Proyecto GECLIF: revitalización y mejora del SIGNO	
	Planteamiento básico		Cálculo de costes por centros de coste (servicios)	Cálculo de costes por UCH utilizando aproximación top down (costes por servicios imputados a las altas del servicio ponderadas con los pesos GRS) o mediante asignación directa a paciente (costes por paciente agrupados luego por GRD)	
Control de resultados		Coste por alta o por estancia	<ul style="list-style-type: none"> · Coste por alta o estancia · Coste por servicio 	<ul style="list-style-type: none"> · Coste por UCH · Coste por servicio diferenciado costes propios, repercutidos y estructurales. · Publicación de costes por UCH para cada centro y especialidad diferenciando hospitalización y actividad ambulatoria. · Publicación de costes unitarios de servicios intermedios de alto coste para cada centro. · Publicación de costes por GRD · Publicación de pesos GRD 	

Tabla 4. Evolución del cómputo de costes en el Sistema de Salud español

2.4.4. Definiciones importantes

- **CMBD:** es el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Su utilidad se basa en la recopilación de datos necesarios para el estudio de costes. Responde a una idea de consenso sobre qué datos son los básicos a recoger de forma sistemática en el proceso asistencial del paciente. Por su carácter de "lenguaje común", su amplia implantación en muchos países y su utilización en los sistemas de medida del producto hospitalario, pronto adquirió relevancia como sistema de información de utilidad para la gestión de los centros. En España fue establecido en el Sistema Nacional de Salud en 1987.
- **Centro de coste:** este concepto se emplea para la imputación de costes. Es el desarrollo necesario, en la primera fase del proyecto SIGNO I, de la que es la Unidad Mínima de Gestión a quien se le imputan los costes estudiados. Se denomina **GFH** (Grupo Funcional Homogéneo). Tiene las siguientes características esenciales:
 - Igual actividad y objetivos.
 - Único responsable.
 - Profesionales bajo la misma responsabilidad.
 - Idéntica ubicación física.
 - Consumo de recursos.

Los centros de coste se clasifican en:

- **Estructurales:** desempeñan funciones de dirección y de administración y no generan un producto definido y facturables.
- **Intermedios:** realizan una actividad medible y pueden facturar sus costes (LAB, RX, quirófano).
- **Intermedios/finales:** tienen actividad facturables y también dan altas (urgencias).
- **Finales:** desempeñan la actividad principal y dan altas (hospitalización, consultas).

De esta forma se puede estructurar la organización hospitalaria en tres niveles fundamentales:

- **Grupo Funcional Homogéneo (GFH):** unidad mínima de gestión.
 - **Servicio funcional:** agrupa varios GFH.
 - **Area funcional:** engloba uno o varios servicios funcionales.
- **GDR (Grupos de Diagnósticos Relacionados):** su utilidad estriba en la estandarización de los costes previstos para cada paciente que presente las mismas características de consumo. Su utilización se implanta durante la segunda fase del Proyecto SIGNO en nuestro país. Permite clasificar los procesos atendidos en hospitalización en función del consumo de recursos y de la lógica en el tratamiento clínico de pacientes. Este sistema presenta ciertas limitaciones, por ejemplo no recoge correctamente las cargas de trabajo para el personal de enfermería; pero a pesar de ello es el más extendido a nivel internacional, demostrando el mejor funcionamiento como sistema de clasificación de pacientes, ya que todos los episodios de hospitalización son clasificables en algún GRD. En cuanto al peso de los GRD, se asigna un **valor** a cada GRD formado llamado **peso**, que es una *medida del promedio de consumo de recursos* de los pacientes incluidos en cada uno de ellos. Para determinar el peso de cada GRD, se establece inicialmente el **coste medio de una hospitalización de agudos** y a dicho coste se le asigna un peso medio de 1. Después, se determina el coste medio de una hospitalización **para cada uno de los GRD** y se le asigna un peso en **relación** con el coste medio de una hospitalización de agudos. Los pesos se obtienen mediante estudios empíricos de coste y se actualizan anualmente.
 - **Unidades de Complejidad hospitalaria:** producto del **peso** del GDR por el **número de estancias** atendidas de cada GDR. Es una expresión del **consumo de recursos** que han originado todos los pacientes hospitalizados atendidos. Las UCH tienen un valor en unidades monetarias que se pacta por presupuestos.

CONTABILIDAD ANALÍTICA. SIGNO I (EUROS)	
	REA REANIMACIÓN
1950 Facultativos	67.983,04
2303 Enfermería unidad hosp.	229.362,87
2311 Aux. enferme. unidad hospit.	76.489,09
2312 Aux. enferme. serv. centrales	10.619,17
511 Supervisora unidad	16.763,05
616 Celador at direc. enferm.	8.742,46
62 Celador tardes	1.941,48
TOTAL PERSONAL PROPIO	411.901,16
2120 Reparación y conservación Rep. y Conserv. Edif. y Ot.	2.810,25
2130 Reparación y conservación Rep. y Cons. Maq. Ins. Util	8.273,98
2160 Reparación y conservación Rep. y Cons. Eq. Proceso In.	
2200 Suministros. Material de oficina	684
2204 Mat. informático	506
2219 Suministros. Otros suministros	2.668,00
2269 Suministros. Otros gastos diversos	
2600 Amortización. Amortización	7.664,76
2701 Instrum. y peq. ut. sanit.	90
2702 Mat. laboratorio y react.	1.690,00
2704 Mat. curas, quir. y fungible	38.328,00
2705 Prótesis e implantes	564
2707 Oxígeno y gases medicinales	4.736,29
2708 Catéteres, sondas	2.500,00
2710 Prod. farmacéuticos	81.580,38
2903 Energía eléctrica	5.067,85
2904 Agua	480,67
2906 Combustible	865,71
2914 Traba. realizados emp. limpieza y aseo	12.899,01
2915 Trab. realizados emp. seguridad	1.572,02
TOTAL FUNCIONAMIENTO PROPIO	172.980,92
TOTAL COSTES PROPIOS	584.882,08

Tabla 5. SIGNO I. Contabilidad analítica

Recuerda

- **Coste por servicio:** se basa en el traslado contable de los costes a los grupos funcionales homogéneos (GFH), unidades mínimas de gestión. SIGNO I
- **Coste por proceso:** considera los costes de cada uno de los procesos que se realizan en un paciente determinado, según precisa, calculados de forma general (tienen un precio estimado en función de la suma de los costes de la atención médica, de enfermería, quirófano, laboratorio, dieta, medicación) que configuran el coste total del proceso (SIGNO II).
- **Coste por estancia:** es menos ajustado. Consiste en determinar el coste de la atención, tomando como referencia el total del gasto de una institución, en relación a la cantidad de pacientes a los que se ha atendido en un tiempo determinado, generalmente un año. Se calcula el gasto global de un día de estancia sin tener en cuenta las diferentes patologías y necesidad de tratamiento y cuidados (SIGNO II).
- **Definiciones relacionadas con la medición del producto: Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD).** Aparecen en 1983, a través del programa Medicare en EE.UU. Es un sistema de clasificación de pacientes, cuyo objetivo es agrupar todos los grupos diagnósticos homogéneos con similares consumos de recursos. Permite identificar las características de la atención precisas en cada uno de ellos, lo que permite tanto la previsión de las necesidades como el cálculo del coste. El primer criterio de agrupación lo constituye el diagnóstico principal del paciente y la gravedad del mismo (EIR 05-06, 100).
- **Proyecto nipe:** Identifica las actividades enfermeras asociadas a cada GRD.
CMBD: conjunto mínimo básico de datos
UPA (Unidad Ponderada Asistencial). Desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1991, para realizar un análisis comparado del gasto sanitario en los hospitales.

	UBA	UPA
Estancia	1	
- Médica		1
- Quirúrgica		1,5
- Obstetricia		1,2
- Pediátrica		1,3
- Neonatología		1,3
- UCI		5,8
Intervención con hospitalización		-
Intervención ambulatoria	0,75	0,25
1.ª consulta externa	0,5	0,25
Consulta sucesiva	0,25	0,15
Urgencia	-	0,3
Diálisis	-	-
Rehabilitación	-	-
Hospital de día	-	-

Tabla 6

URV (Unidad Relativa de Valor). Para cada acción de enfermería, se establece una puntuación relativa en cuanto a la utilización de recursos. Es decir, cuando se indica que para realizar una acción X utilizamos una URV y que la acción Y equivale a tres URV, está diciendo que la acción Y utiliza el triple de recursos que la X en condiciones homologadas.

EL SISTEMA SANITARIO

Los distintos países, para conseguir *producir salud*, han organizado sus recursos, siempre escasos, en sistemas sanitarios (EIR 06-07, 107).

3.1. COMPONENTES DE UN SISTEMA SANITARIO

Los componentes de un sistema sanitario son los siguientes:

- **Usuario:** paciente o cliente a quien va dirigida la atención.
- **Proveedores:** los profesionales y las instituciones que realizan la atención.
- **Financiadores:** cubren los gastos derivados de la atención, pueden ser públicos o privados.
- **Administración:** regula las relaciones de todo el conjunto.

Según la OMS, a cualquier sistema sanitario que pretenda ser óptimo se le deben exigir las siguientes cualidades (EIR 07-08, 56):

- Universalidad, o cobertura total de la población sin ninguna distinción.
- Atención integral, significa que el sistema sanitario debe atender no sólo a la "asistencia" sino en conjunto amplio, a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Equidad en la distribución de los recursos (aquí la OMS ya se decanta claramente por el modelo socialista que se estudiará más adelante).

TEMA 3

Preguntas

- EIR 10-11, 99
- EIR 09-10, 80
- EIR 07-08, 55; 56
- EIR 06-07, 107
- EIR 05-06, 98
- EIR 02-03, 78

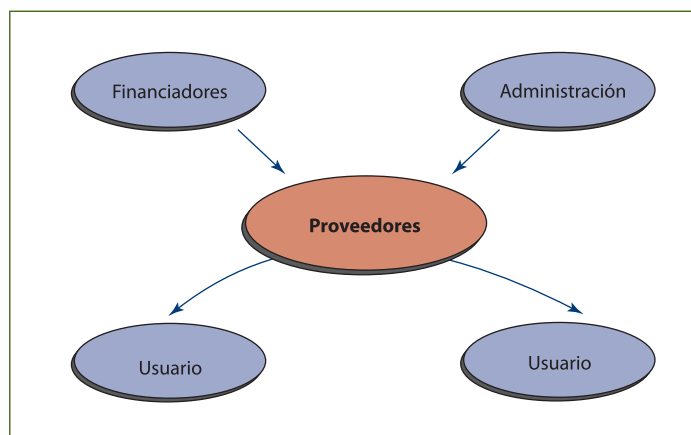


Figura 8. Componentes del Sistema

- Debe ser eficiente, es decir, proporcionar mejores prestaciones y mayor nivel de salud al menor coste; se ha comprobado que esta "oferta" la hacen prácticamente todos los modelos de sistemas sanitarios, para venderlos, incluidos los sistemas de modelo socialista, que no se caracterizan precisamente por la eficiencia, aunque puedan ser muy eficaces.
- Flexibilidad, con objeto de poder responder ágilmente a las nuevas necesidades, esta cualidad la venden especialmente los modelos liberales.
- Participación real de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario. Este punto que con tanta vehemencia defiende la OMS tan a menudo no se ha desarrollado adecuadamente en ningún modelo. La población no participa tomando decisiones importantes como puedan ser: cambio en la asignación de recursos, participación en objetivos de centros asistenciales, etc., se limitan en los sistemas de modelo socialista en delegar este derecho en sus representantes políticos, y en los de modelos liberal y mixto priman especialmente la eficiencia en los objetivos, que tampoco están definidos por la población con representación directa en ellos.

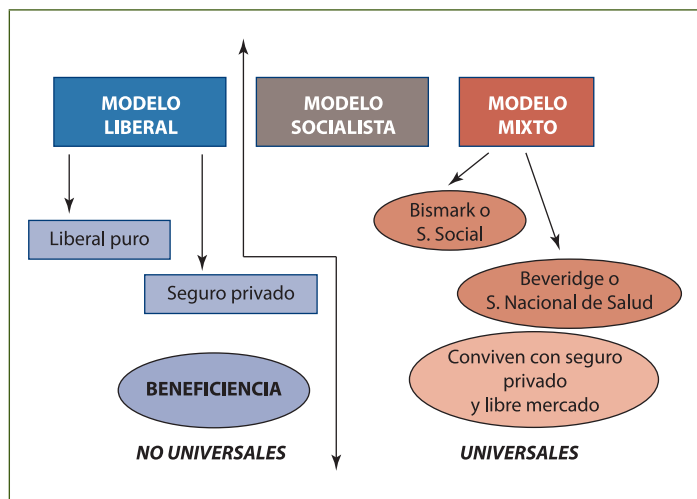


Figura 9. Modelos sanitarios

3.2. TIPOS DE SISTEMA SANITARIO

Se reconocen tres modelos sanitarios puros: liberal, socialista y mixto (Figura 9).

3.2.1. Modelo liberal (EIR 10-11, 99)

También llamado modelo libre mercado. Es el modelo que impera en EE.UU. y tiene las siguientes características:

- La salud es considerada como un bien de consumo, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud. Hay problemas de salud claramente objetivos, como traumatismos, infartos, etc. y hay una gran cantidad de problemas de salud que son definidos y priorizados por los propios pacientes, que demandan servicios en función de sus deseos y de sus disponibilidades económicas.
- El Estado (o los diferentes Estados en EE.UU.) realiza una contribución a la asistencia sanitaria comparativamente muy pequeña. Prácticamente lo invierte todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos; las clases medias y altas se pagan íntegramente sus asistencias mediante el pago directo o a través de seguros con primas muy altas.
- El usuario realiza directamente el pago al proveedor, sin intermediarios de ningún tipo o más frecuentemente mediante compañías privadas de seguros. La regulación se limita a establecer unas condiciones para el ejercicio (licencias profesionales y otras) y la utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

Este modelo sanitario tiene las siguientes **ventajas**:

- La alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes hace que la tecnología y la investigación científico-médica avancen notablemente.
- La existencia de usuarios muy exigentes y que "pagan" lo que haga falta por recibir buenos servicios ha hecho que las compañías de seguros voluntarios ajusten al máximo en el coste por proceso, con el objetivo de que los médicos no las arruinen utilizando desmedidamente pruebas complementarias, exceso de medicamentos, prolongadas estancias, etc. En este sentido, los sistemas de análisis de costes (como los grupos de diagnósticos relacionados GDR y otros) de los norteamericanos están siendo aplicados en el resto de sistemas sanitarios para hacerlos más eficientes.

Sin embargo, tiene también una serie de **inconvenientes**:

- Alto coste para la sociedad.
- **Necesariamente deben tener redes de beneficencia** que atiendan a los que no pueden pagar directamente o no tienen seguros que les cubran ampliamente; lo que genera situaciones graves de falta de equidad y de discriminación.
- El Estado, o más bien la sociedad en su conjunto, gasta prácticamente todo el dinero dedicado a la salud en sanidad asistencial, olvidándose de la prevención y de la educación sanitaria para obtener hábitos saludables.

3.2.2. Modelo socialista

El modelo sanitario socialista o estatista se caracteriza por propugnar una financiación en su totalidad por los presupuestos generales del Estado, por ofrecer cobertura universal y gratuita

a la población, así como la completa gama de prestaciones sanitarias sin excepción. Todo lo que está en la cartera de servicios del sistema se presta en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad a la población. **El modelo socialista puro es incompatible con ninguna estructura sanitaria de tipo privado o de seguros.** El modelo socialista puro sólo se ha dado en los países comunistas, de los que los únicos ejemplos que quedan en la actualidad son **Cuba y Corea del Norte.**

Las **ventajas** del modelo socialista puro son las siguientes:

- La búsqueda de la eficiencia hace que el Estado apueste por la medicina preventiva y por la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y de medicaciones costosas. Esta estrategia, de hecho, funciona pues los niveles de salud, al menos en sus parámetros básicos como pueden ser: mortalidad en sus diferentes variedades (infantil, absoluta, etc.), morbilidad de enfermedades infecto-contagiosas vacunables, enfermedades hídricas..., son comparables a los de cualquier país occidental.
- El Estado hace hincapié en la salud pública: abastecimientos de agua a poblaciones, depuración y eliminación de residuos, salud laboral, atención a grupos vulnerables, etc.

Entre sus **inconvenientes**, destacan:

- Alcanzado un determinado nivel de salud, los ciudadanos quieren acceder a medicamentos y a métodos diagnósticos y terapéuticos más sofisticados, que no sólo los curen, sino que lo hagan en breve tiempo, con comodidad y con garantías.
- Los ciudadanos, al obtener todo gratis, no valoran realmente lo que cuesta la sanidad, perdiéndose entonces el factor más apreciado a priori, la eficiencia.

3.2.3. Modelo mixto

Se entiende que en Europa se puede decir que todos los sistemas sanitarios responden al modelo mixto, sobre todo en lo referente a su **gestión**, teniendo diferente participación el sector público y el privado según los países, en su financiación y en su provisión y diversas formas de funcionamiento en su globalidad y en sus distintos niveles.

Los sistemas sanitarios europeos derivan de dos modelos mixtos:

- **El modelo de Bismark o Seguridad Social (EIR 09-10, 80; EIR 02-03, 78):** es el más antiguo, y en su época el más avanzado del mundo. En él el Estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias; la red de salud pública queda en manos del Estado que se constituye, asimismo, en autoridad sanitaria pero la carga de la financiación proviene de la parte productiva de la sociedad, es decir, trabajadores y empresarios. En principio este modelo garantizaba la asistencia sólo a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no lo hacían. Los países que tienen sistemas que derivan de esta variante del modelo mixto son principalmente Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda. Actualmente todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.
- **El de Beveridge o Sistema Nacional de Salud (EIR 07-08, 55; EIR 05-06, 98):** es más moderno (está implantado desde 1948) y es el que dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal. La financiación de la sanidad pública procede de los presupuestos generales del Estado (impuestos de todos los ciudadanos) y se presta asimismo en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y descentralizadamente las de Comunidades Autónomas y municipios. Estos Estados y Comunidades hasta el nivel de descentralización que se decida, elaboran planes de salud, con objetivos definidos, claros y evaluables, que son además de obligado cumplimiento.

Coexisten compañías privadas que prestan asistencia algunas veces en régimen de concertación con el Sistema Nacional. Toda la normativa sanitaria emana del Estado o de los órganos políticos descentralizados (Comunidades Autónomas y municipios) en régimen de obligado cumplimiento y revisiéndose la Administración política (en sus diferentes variantes) como la máxima autoridad sanitaria.

El gran debate que se está produciendo en los sistemas sanitarios derivados del modelo mixto es que el alto coste de las prestaciones (con especial atención a los fármacos y al resto de tratamientos) van a hacer inviables económicamente estos sistemas a medio plazo. Para ello, se están poniendo en práctica importantes medidas para mejorar la gestión de las prestaciones, para optimizar los recursos (descenso de estancias en los hospitales, control de prescripciones, etc.), para introducir nuevos modelos de gestión manteniendo la financiación pública, concertar con la sanidad privada diferentes formas de provisión de servicios, etc. Y, sobre todo, una medida, que aunque se presta al ataque demagógico, es esencial: **definir los límites del sistema** en cuanto a prestaciones se refiere.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

4.1. MARCO LEGAL

El marco legal que define el Sistema Nacional de Salud español es el siguiente:

- La **Constitución** Española de 1978, que en su artículo 43 recoge el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, de las prestaciones y de los servicios sanitarios.
- La **Ley General de Sanidad de 1986** que tiene por objeto regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos y marca la función del Sistema Nacional de Salud, que es la integración y la coordinación de todas las funciones y prestaciones sanitarias suministradas por instituciones públicas y privadas.

El **artículo 7** de la Ley General de Sanidad reconoce la necesidad de que los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del sistema de salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

En estos momentos, la Sanidad Española se caracteriza por la cobertura universal de la población, por estar financiada públicamente en un 78% mediante los impuestos, lo que supone el 7% del PIB.

Desde el 1 de enero de 1999, según lo dispuesto en el Título I, Capítulo III, de la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999, el Estado español asumió totalmente la financiación de la asistencia sanitaria, **suprimiéndose la aportación de cotizaciones sociales y produciéndose la “desvinculación total de la Sanidad y la Seguridad Social”**.

A partir de dicha fecha la sanidad se financia íntegramente con impuestos generales que salen del bolsillo de todos los ciudadanos que residen y pagan impuestos, directos e indirectos, en España.

El artículo 1 de la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, establece el derecho a la salud y a la atención sanitaria **tomando como base el concepto de ciudadano y no el de afiliación y alta al Sistema de Seguridad Social**, determinando que *son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional*.

Con la salida de la Asistencia Sanitaria del Sistema de Seguridad Social en 1999, ya no se cotiza a la Seguridad Social por la prestación sanitaria por contingencias generales (enfermedad común o accidente no laboral), pero la Seguridad Social sigue enviando cuotas para sostener el Sistema Sanitario, por lo que opta por incluir la asistencia sanitaria en la acción protectora de la Seguridad Social, pero sin regularla como prestación del mismo.

- El **Real Decreto Ley 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud**, que regula la creación y puesta en funcionamiento de los Centros de Salud de Atención Primaria.

Los principios que rigen la Atención Primaria son los siguientes:

- **Atención integral:** considera a la persona como un ser biopsicosocial, interrelacionando estas tres esferas entre sí.
- **Atención integrada:** que relaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social (**EIR 01-02, 60**).
- **Atención continuada y permanente:** a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, trabajo) y en cualquier circunstancia.
- **Activa:** los profesionales sanitarios no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de trabajar activamente en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.
- **Accesible:** los usuarios no deben tener dificultad para utilizar los recursos sanitarios.
- **Basada en el trabajo en equipo:** integrada por profesionales sanitarios y no sanitarios que se interrelacionan.
- **Comunitaria y participativa:** basada en la participación de la comunidad en todas las fases de planificación, programación y puesta en marcha de las actividades.
- **Programada y evaluable:** con actuaciones basadas en programas de salud.
- **Docente e investigadora:** que desarrolle actividades de docencia pre y postgraduada, así como de formación continuada y de investigación.

4.2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El **Sistema Nacional de Salud (SNS)** es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en los términos establecidos en la Ley General de Sanidad

La organización del Sistema Nacional de Salud es la siguiente (Figura 10):

- **Administración central:** Ministerio de Sanidad y Consumo (EIR 09-10, 100).
- **Administración autonómica:** Consejerías de Salud. En enero de 2002 se culminó el proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. Al INSALUD le sustituye el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria que se encarga de la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD y de las prestaciones sanitarias de las ciudades de Ceuta y Melilla. Incorpora un marco estratégico y legislativo adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el ámbito de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad heterogénea de cada Servicio de Salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la atención (EIR 06-07, 66-SP).
- **Áreas de salud:** son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma. A su vez estas áreas se divide en zonas básicas de salud, donde desarrollan sus actividades los centros de salud (EIR 02-03, 79).

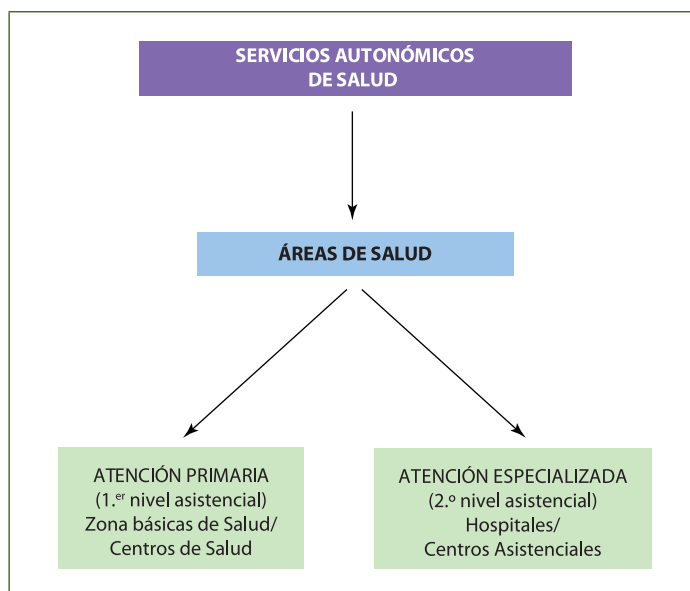


Figura 10. Organización del Sistema Nacional de Salud español

4.3. ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Mediante la descentralización, el SNS pretende asegurar una mejor capacidad de respuesta de los profesionales a los ciudadanos, por medio de las Comunidades Autónomas y de los Servicios Regionales de Salud, siendo que persigue como principio general la igualdad de los ciudadanos en cuanto al acceso a sus servicios, como también la **eficiencia** de éstos, el SNS se ha estructurado en dos niveles de asistencia:

- **Nivel de Atención Primaria:** es un servicio de atención básico prestado a toda la población. El espacio físico donde se brinda este servicio son los Centros de Salud, aunque también existe la posibilidad de hacerlo en forma domiciliaria, si así fuera necesario.
- **Nivel de Atención Especializada:** actúa como complemento de la Atención Primaria, ya que brinda servicios más especializados a la población. Esta atención se lleva a cabo, de manera ambulatoria o de internación, en hospitales y en centros de especialidades.

4.4. RECURSOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los recursos del SNS son los siguientes:

- **Humanos:** profesionales.
- **Materiales:** instalaciones y equipos.
- **Económicos:** presupuestos generales del Estado, cotizaciones sociales y tasas por prestaciones.

4.4.1. Gasto sanitario y salud

En la determinación del estado de salud de un país y de sus ciudadanos intervienen factores biológicos, de estilo de vida, ambientales, educativos, genéticos y otros. Entre éstos, deberán estar los económicos: sin duda el nivel de desarrollo económico y el nivel de renta familiar influyen muy decisivamente en varios de los aspectos anteriores. E intervienen también en el nivel de gasto sanitario que, a su vez, tiene una importancia decisiva sobre el nivel de salud muy relacionado con el nivel de renta.

Cullis y Newhouse (1977) establecieron una ley empírica que hoy es aceptada por la inmensa mayoría de los autores que se resume del siguiente modo: *a medida que los países se desarrollan y crece su renta per cápita, el gasto sanitario per cápita crece más que proporcionalmente.*

Cuanto más alto es el nivel de vida de un país, mayor es la proporción de los recursos que destina a la sanidad. Las estadísticas sugieren que existe una relación directa entre desarrollo económico y gasto sanitario y entre éste y salud.



Figura 11. Recursos del sistema sanitario

El índice más clásico para calibrar el estado de salud en una sociedad y compararlo en el tiempo y con otros países es el que se refiere a la esperanza de vida al nacer, y los relacionados índices de mortalidad. Son índices relativamente sencillos y siguen siendo los más empleados, especialmente porque en muchos países poco desarrollados son casi los únicos disponibles y fiables.

Sin embargo, esos índices globales resultan poco sensibles para los países desarrollados donde, como se verá, marcan diferencias relativamente pequeñas. Para los fines de política sanitaria, planificación y control resultan más interesantes otros como: específicos de morbilidad, perfiles de salud, escalas de utilidad, etc.

En una primera aproximación, la esperanza de vida proporciona una idea (que resulta más evidente cuando se incluyen países menos desarrollados con un nivel de gasto sanitario ínfimo) de cómo la efectividad del gasto sanitario es muy fuerte en el tramo inicial, pero tiende a anularse (la curva representativa pasa a ser casi horizontal) a partir de un cierto nivel. De esos datos parece desprenderse que un nivel adecuado de gasto sanitario es condición necesaria para alcanzar niveles de salud aceptables, pero que llegados a ese nivel, los incrementos de gasto podrían resultar casi superfluos (EIR 08-09, 99).

Si a partir de un cierto nivel, los aumentos del gasto sanitario parecen tener una escasa incidencia en la mejora de los indicadores de salud, es necesario preguntarse qué compra una sociedad cuyo gasto sanitario crece una vez que ya ha alcanzado un nivel elevado de desarrollo. Existen varias respuestas, todas ellas parcialmente válidas, compatibles y posiblemente complementarias:

- Una primera posibilidad es que cierto nivel de desarrollo y la mayor esperanza de vida que lleva asociada implican un importante envejecimiento de la población y cómo la edad madura conlleva un crecimiento importante de la demanda de atenciones sanitarias.
- En segundo lugar, parece que alcanzado un determinado nivel de desarrollo, la sociedad no sólo demanda una esperanza de vida más alta, sino también mayor calidad de vida. No se requiere únicamente vivir más, sino vivir mejor, en términos de reducción de la insatisfacción, el malestar o la incapacidad. Esta situación supone un gasto sanitario creciente.

Esa demanda de calidad afecta también a los propios servicios de atención sanitaria. Los ciudadanos exigen cada vez servicios más costosos, en mejores condiciones y con mayores comodidades. La calidad creciente supone también una elevación de los recursos necesarios para atenderla adecuadamente.

4.5. PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud son las siguientes:

- Asistencia sanitaria general y especializada.
- Asistencia ordinaria y de urgencia.
- Prestaciones farmacéuticas.
- Prótesis y transporte sanitario.
- Rehabilitación.

4.6. NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

La Ley General de Sanidad, en el año 1986, reguló la vinculación de los hospitales de carácter privado mediante distintos convenios, y los conciertos para la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos.

Con el objeto de ampliar las nuevas formas organizativas de la gestión de los centros sanitarios para conseguir un mayor grado de descentralización organizativa y así permitir una mayor flexibilidad en la gestión económica y poder establecer un sistema de competencia que incrementa la calidad de la asistencia, se aprueba la Ley 15/1997 de 25 de abril, de Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud que establece que la administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios podrá llevarse a cabo mediante la constitución de fundaciones, consorcios y otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer además acuerdos con personas o entidades públicas o privadas (separa la financiación de la provisión de servicios) (Tabla 7).

	FUNDACIONES	FUNDACIONES SANITARIAS PÚBLICAS	SOCIEDADES ESTATALES	CONSORCIOS	COOPERATIVAS
Definición	Organismos descentralizados que tienen encomendada la prestación de servicios sanitarios	Entidades descentralizadas dependientes de la administración sanitaria a las que se encomienda actividades de asistencia	Organismos públicos a quien la autoridad sanitaria encomienda la realización de actividades asistenciales de gestión o de apoyo tecnológico.	Unión de entidades dependientes de dos o más administraciones públicas, también privadas	Agrupación de profesionales en sociedad mercantil, para la oferta de servicios a la administración
Autoridad	Patronato	Consejo de Gobierno	Consejo de Administración	Consejo de Gobierno	Consejo Rector, Consejero Delegado
Legislación	Derecho privado	Derecho público, con legislación específica	Derecho privado	Derecho privado	Derecho mercantil
Personal	Laboral	Estatuario, procedentes de entidades transformadas, también laboral	Laboral o estatutos propios	Laboral o estatuario	Autocontrato
Actuación y financiación	Contrato de gestión con autoridad sanitaria	Contrato-programa o de gestión	Contrato-programa con administración sanitaria	Contrato entre gerencia y cada entidad consorciada	Contrato-programa según cartera de servicios

Tabla 7. Nuevas formas de gestión

La citada Ley no se entiende sin la Ley 6/1997 de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración Civil del Estado (LOFAGE), que se promulga con el fin de regular, en una sola ley, el régimen de los distintos organismos públicos.

Con ambas se abre la posibilidad de que existan distintos modelos de provisión de servicios sanitarios, mientras que anteriormente sólo se contemplaba la probabilidad de que los servicios públicos fueran gestionados directamente por Administraciones Públicas, fueran territoriales o no. A partir de 1997, a los modelos tradicionales de gestión directa a través de una Administración Pública sin crear entes con personalidad jurídica propia, o creándolos bajo distintas formas, hay que añadir los nuevos modelos, entre los que destacan: la Administración independiente, los Entes atípicos, el Consorcio, la Fundación privada creada por una entidad pública y la Fundación Pública Sanitaria.

Pero el abanico se abre todavía más al preverse formas de gestión indirecta: cooperativa, sociedad laboral, sociedad mercantil de titularidad privada y fundación privada; formas de gestión mixta (gestión interesada y sociedad de economía mixta) y formas de vinculación (convenio, concierto, concesión y arrendamiento).

El modelo concesional ha sido bastante frecuente en España en la construcción de autopistas, pero nunca se había utilizado en España la concesión como fórmula de gestión de servicios públicos. Sin embargo, la búsqueda de nuevas formas de gestión y la tendencia a la huida del derecho público en que, desde hace dos décadas, está inmersa, no ya nuestra sanidad, sino todo el sector público, han llevado a pilotar este modelo en el ámbito de la provisión de servicios sanitarios.

Visto todo lo anterior, las nuevas formas organizativas del SNS son las siguientes:

- **Sociedades estatales (EIR 01-02, 81):** son organismos públicos a los que la Administración les encomienda la realización de actividades asistenciales, la gestión de servicios y de apoyo tecnológico, sujetas a derecho privado. Su actividad está fijada mediante un contrato-programa, con una cartera de servicios establecida, recibiendo una contraprestación económica tomando como base su actividad. Su órgano de dirección es el Patronato o Consejo de Administración, que cuenta con representación en la Administración Pública.
- **Consorcio:** formado por la asociación de varias entidades que pueden ser tanto públicas como privadas, unidas para conseguir un objetivo común (optimizar los servicios). Su máximo órgano directivo es el Consejo de Gobierno.
- **Fundaciones de competencia estatal o Públicas** (Fundación Hospital Manacor, Fundación Hospital Alcorcón): tienen personalidad jurídica propia. Las directrices de carácter general emanan del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Comunidad Autónoma correspondiente. Su patrimonio es de origen público, pero tiene capacidad para arrendar, comprar o vender bienes con permiso de la Administración. El órgano superior de gobierno es el Patronato, que asume su dirección y control, cuyo presidente era el presidente ejecutivo del INSALUD y ahora lo sustituye la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma. La cartera de servicios y los objetivos los fija la Consejería de Sanidad anualmente.

Los recursos económicos de la Fundación están integrados por:

- La dotación inicial efectuada por el INSALUD.
- Los ingresos procedentes de la facturación de sus servicios.
- Los derivados de contratos, conciertos o convenios con entidades públicas o privadas.
- Los rendimientos de su patrimonio.
- Las subvenciones, ayudas, donaciones y legados.
- Cualquier otro legalmente establecido.