

Funciones administrativas en centros sanitarios

Elaborado por:

Ana Campos San Martín

EDITORIAL ELEARNING

ISBN: 978-84-17232-56-6

Edición: 5.0

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra bajo cualquiera de sus formas gráficas o audiovisuales sin la autorización previa y por escrito de los titulares del depósito legal.

Índice

Funciones administrativas en centros sanitarios

UD1

El sistema sanitario

1.1.	Concepto y tipología	9
1.1.1.	Perspectiva histórica.....	11
1.1.2.	Tipos de sistemas sanitarios	12
1.2.	El sistema sanitario español: historia y estructura.....	15
1.2.1.	El Sistema Nacional de Salud.....	18
1.2.2.	El Sistema Nacional de Salud en las Comunidades Autónomas.....	22
1.3.	Derechos y deberes de los usuarios de los servicios sanitarios.....	22
	<i>Lo más importante</i>	31
	<i>Autoevaluación UD1</i>	33

UD2

Atención primaria y atención especializada

2.1.	Atención primaria.....	39
2.2.	Atención especializada	46
2.2.1.	Los hospitales	50
2.2.2.	Las consultas externas	57
	<i>Lo más importante</i>	59
	<i>Autoevaluación UD2</i>	61

UD3

Aspectos económicos de la asistencia sanitaria

3.1. Economía de la Salud	67
3.2. Las empresas de servicios sanitarios.....	71
3.3. Contabilidad.....	73
3.3.1. Ciclo contable	82
3.3.2. Obligaciones fiscales y contables.....	87
3.3.3. Documentación contable.....	92
<i>Lo más importante</i>	97
<i>Autoevaluación UD3</i>	99

UD4

La documentación sanitaria

4.1. Tipos	105
4.2. La historia clínica.....	109
4.2.1. Contenido de la historia clínica	112
4.2.2. Circuito de la historia clínica	117
4.2.3. La conservación de las historias clínicas	118
4.2.4. Accesibilidad de la historia clínica.....	121
<i>Lo más importante</i>	123
<i>Autoevaluación UD4</i>	125

UD5

Gestión de pacientes: de la admisión a la gestión por áreas

5.1. Gestión de Pacientes	131
5.1.1. Hospitalización.....	132
5.1.2. Actividad quirúrgica	135
5.1.3. Atención ambulatoria	137
5.1.4. Urgencias	140

5.1.5. Derivaciones intercentros.....	142
<i>Lo más importante</i>	145
<i>Autoevaluación UD5</i>	147

UD6

Gestión del material

6.1. Almacenes sanitarios.....	153
6.1.1. Distribución de un almacén	158
6.1.2. Fichas de almacén	162
6.1.3. Peculiaridades del almacén sanitario	163
6.2. Gestión de existencias, compras e inventarios	168
6.2.1. Otros conceptos relacionados con los stocks	171
6.2.2. La gestión de existencias en los almacenes sanitarios	172
6.2.3. Inventarios	173
<i>Lo más importante</i>	183
<i>Autoevaluación UD6</i>	185

UD7

Aplicaciones de la informática a la administración sanitaria

7.1. Informática y servicios sanitarios	191
7.2. Nociones básicas de Informática.....	196
7.2.1. Breve referencia histórica	197
7.2.2. Glosario básico	198
7.2.3. Arquitectura de un ordenador.....	199
7.3. Introducción a Office: Word, Excel y Access.....	202
7.3.1. Microsoft Word	202
7.3.2. Excel.....	208
7.3.3. Access.....	212
7.4. Bases de datos médicas.....	214
<i>Lo más importante</i>	235
<i>Autoevaluación UD7</i>	237



saNidad

Funciones administrativas en centros sanitarios

UD1

El sistema sanitario

- 1.1. Concepto y tipología
 - 1.1.1. Perspectiva histórica
 - 1.1.2. Tipos de sistemas sanitarios
- 1.2. El sistema sanitario español: historia y estructura
 - 1.2.1. El Sistema Nacional de Salud
 - 1.2.2. El Sistema Nacional de Salud en las Comunidades Autónomas
- 1.3. Derechos y deberes de los usuarios de los servicios sanitarios



saNidad

Aunque muchas de las funciones administrativas que se llevan a cabo en un centro sanitario coinciden con las que se pueden desarrollar en cualquier otra organización, como, por ejemplo, en una empresa, otras muchas presentan peculiaridades precisamente por realizarse dentro del sistema sanitario. Ésta es la razón de que resulte imprescindible comenzar conociendo las características fundamentales de los sistemas sanitarios en general y del español, en concreto.

1.1. Concepto y tipología

Por **sistema sanitario** se puede entender:

definición

“El conjunto de instituciones, personal especializado y equipamiento que está destinado a la promoción, protección y restauración de la salud de individuos, colectividades y su entorno”.

Otra definición igualmente válida, caracteriza el sistema sanitario como

definición

“El conjunto de recursos y servicios de titularidad pública y privada (personas, instalaciones, financiación, etc.) de que dispone un país para atender las necesidades de salud de sus ciudadanos, garantizando su calidad de vida, antes (prevención) y durante (atención paliativa) la enfermedad”.

Para concluir, veamos qué dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) al respecto:

definición

Sistema sanitario es “un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines”.

Añade la OMS que para que un sistema sanitario sea óptimo debe **caracterizarse** por:

- ↻ Dar cobertura a toda la población, sin distinciones. Es decir, ser universal.
- ↻ Ofrecer una atención integral que no sólo se centre en la asistencia, sino que contemple la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades, y la rehabilitación.
- ↻ Distribuir equitativamente sus recursos.
- ↻ Ser eficiente, no sólo eficaz, lo que implica mejorar las prestaciones y, en general, el nivel de salud de la población al menor coste posible.
- ↻ Ser flexible, para ser capaz de dar respuestas adecuadas y rápidas a cualquier nueva necesidad.
- ↻ Permitir la participación real de la población en la planificación y gestión del propio sistema sanitario.

Además de estos rasgos indicados por la OMS, numerosos expertos creen que, en la actualidad, un sistema sanitario tiene que ser plenamente accesible, eficiente desde los puntos de vista micro y macroeconómicos, y capaz de satisfacer a sus usuarios.

Por todas estas razones, puede considerarse que el sistema sanitario de un país es uno de los mejores indicadores de su nivel de desarrollo y del grado de bienestar de que disfruta su población.

Concluiremos este apartado haciendo mención a las **funciones** propias de un sistema sanitario. Éstas serían:

- ↻ *Promoción de la salud*, en el sentido de fomentar el incremento de los niveles de salud de individuos y colectividades. Incluye Educación Sanitaria y Medicina Preventiva, cuando se trata de individuos, y Saneamiento ambiental e Higiene alimentaria, cuando se interviene sobre grupos.
- ↻ *Prevención de la enfermedad*.
- ↻ *Diagnóstico y tratamiento de enfermedades*.
- ↻ *Restauración de la salud*, incluidas acciones de asistencia sanitaria y rehabilitación y reinserción social.
- ↻ *Funciones de servicio*: administrativas, demográficas, epidemiológicas, docentes, de investigación...

Dicho de otro modo, la lista de áreas de actuación del sistema sanitario incluiría, como cita un documento de la red educativa Averroes de la Junta de Andalucía:

- ↻ La Medicina preventiva, curativa y rehabilitadora.
- ↻ El urbanismo y el saneamiento ambiental.
- ↻ La producción y utilización de medicamentos y drogas sanitarias.
- ↻ El control de la alimentación.
- ↻ La formación de los recursos humanos necesarios (médicos, enfermeros, investigadores...).
- ↻ La utilización racional de los recursos económicos y materiales y la instrumentación de medidas legislativas que permitan el aprovechamiento eficaz y coordinado de todas las posibilidades existentes en un colectivo social.

1.1.1. Perspectiva histórica

La idea de un sistema sanitario es relativamente reciente, ya que prácticamente hasta el s. XIX el ejercicio de la Medicina se basaba en el trato directo entre enfermo y médico, quien ejercía su oficio a la manera de cualquier otra profesión liberal.

Las cosas empezaron a cambiar con el avance científico que siguió al movimiento ilustrado del s. XVIII y, sobre todo, con los cambios sociales que trajo consigo la Revolución Industrial. Ésta supuso la aparición de toda una clase social, el **proletariado**, que dependía para sobrevivir exclusivamente de las rentas obtenidas como contraprestación a su trabajo, por lo que, cuando sus miembros enfermaban o sufrían un accidente, quedaban en situación de absoluto desamparo. El remedio de esta situación pronto se convirtió en una reivindicación del naciente movimiento obrero.

En 1883 y como medida para atajar la conflictividad social, el canciller alemán **Bismarck** decidió atender la reclamación obrera y creó el primer seguro obligatorio de enfermedad del mundo. Se establecía una red de sanidad pública controlada por el Estado, quien también era la única autoridad sanitaria del país. Por su parte, los trabajadores debían contribuir al mantenimiento del sistema mediante unas cuotas obligatorias, aunque también se previó la posibilidad de proporcionar asistencia médica a aquellos trabajadores que no hubieran podido contribuir a causa de su bajo nivel de ingresos. Aunque muy limitado, hoy se entiende que en esta iniciativa está el origen de los actuales sistemas de sanidad pública de países como la propia Alemania, Francia, Austria o los países del Benelux.

Paralelamente, el avance científico de la Medicina y el asombroso aumento de su eficacia a la hora de luchar contra la enfermedad hizo surgir la idea de que reconocer

el **derecho a la protección de la salud** a toda la población podía producir enormes beneficios. Para ello, había que hacer evolucionar los sistemas sanitarios desde su primera finalidad de prevención de riesgos individuales que pudieran afectar a trabajadores por cuenta ajena sin medios hasta el “reconocimiento genérico de que cualquier miembro de la comunidad tiene el derecho de ser protegido contra determinados riesgos”.

Sólo así se explica que, en 1948, a raíz del llamado “**Informe Beveridge**”, apareciera en el Reino Unido un modelo de sistema sanitario en el que la sanidad es pública y financiada con cargo a los presupuestos del Estado, reservándose los poderes públicos la capacidad normativa, la planificación sanitaria y la salud pública. Los servicios sanitarios en este sistema se prestan en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. En la actualidad, es también el modelo que siguen, por ejemplo, Italia, España, Portugal y los países nórdicos.



1.1.2. Tipos de sistemas sanitarios

Desde el punto de vista de la propiedad y dirección de los sistemas sanitarios, éstos pueden ser, básicamente, de dos **tipos**:

- ↻ ***Público.*** Es el formado por el conjunto de servicios sanitarios pertenecientes y dependientes de las distintas administraciones públicas. Como tal, se encarga de desarrollar las políticas de salud de esos poderes públicos.
- ↻ ***Privado.*** Lo integran servicios sanitarios que son provistos y dependen de empresas privadas. Para tener acceso a ellos, el usuario debe abonar los servicios recibidos o bien haber realizado una contribución periódica a esa empresa, habitualmente al suscribir un seguro de salud.

Podría hablarse de un tercer tipo, que sería, en realidad, el que se da en España y en la mayor parte de los países de nuestro entorno, en el que la sanidad pública y la privada coexisten, sirviendo la segunda de complemento a la primera. Se dice, por ello, que nuestro sistema sanitario es *mixto*.

Si lo que adoptamos es una **perspectiva más socioeconómica y política**, clasificáramos los modelos de sistemas sanitarios en las siguientes categorías, en gran medida coincidentes con los tipos antes expuestos:

↪ **Modelo liberal.** El modelo de libre mercado sanitario está ejemplificado por el caso de Estados Unidos y se distingue por:

- ↪ La salud es un bien de consumo, que, por tanto, los poderes no tienen por qué proteger de manera integral.
- ↪ Es la ley de la oferta y la demanda la que regula el uso de servicios sanitarios.
- ↪ Una buena cantidad de problemas de salud son definidos y priorizados por los propios pacientes en función de sus posibilidades económicas y de sus deseos.
- ↪ El Estado apenas si interviene en la asistencia médica, limitándose prácticamente a la de grupos desfavorecidos, sin recursos.
- ↪ Las clases medias y altas pagan íntegramente su asistencia sanitaria bien de manera directa, bien a través de aseguradoras con primas de considerable cuantía.

Como no podía ser de otro modo, el modelo liberal presenta ventajas e inconvenientes. Entre las primeras, se pueden citar:

- ↪ La competitividad entre los proveedores de servicios sanitarios impulsan la investigación y el desarrollo tecnológico.
- ↪ Como los usuarios del sistema sanitario son, en realidad, consumidores, se persigue siempre el aumento de la eficiencia de los procesos, lo que produce notables reducciones de costes.
- ↪ Es un sistema muy atractivo para los mejores profesionales e investigadores, a causa de las retribuciones.

Los inconvenientes de un modelo liberal de sistema sanitario se centran en:

- ↪ Todos los recursos se dirigen hacia la asistencia médica, olvidando la prevención o la educación sanitaria. En consecuencia, el descuido de variables como los hábitos alimenticios o las formas de vida de la población conduce a un deterioro del nivel de salud general.

- ↳ Es un sistema poco equitativo y que produce discriminaciones, forzando la creación de redes de beneficencia para quienes carecen de recursos o ha suscrito seguros que no alcanzan a pagar la asistencia que precisan.
 - ↳ En términos de porcentaje del PIB, resulta muy costoso para el conjunto de la sociedad.
- ↻ *Modelo estatalista.* La financiación de la totalidad del sistema sanitario se cargan a los presupuestos del Estado, ya que la cobertura es universal y gratuita, y se extiende a toda la cartera de servicios del sistema. Este modelo es incompatible con la existencia de sanidad privada, por lo que sólo ha existido en estado puro en países comunistas, tal como ocurre actualmente en Cuba.

El modelo estatalista se distingue por ventajas como:

- ↳ Para ahorrar en servicios asistenciales y medicación, el Estado desarrolla políticas de prevención y educación sanitaria que redundan en una elevación del nivel de salud general de la población, como muestran los indicadores básicos de salud.
- ↳ Hay un considerable interés por la salud pública, que se manifiesta, por ejemplo, en la salud laboral o la atención a grupos de riesgo.

En el otro platillo de la balanza podríamos encontrar:

- ↳ Se descuidan los problemas de salud con bajos niveles de incidencia o los que requieren de diagnósticos o tratamientos más sofisticados. Esto conlleva la insatisfacción de un cierto número de pacientes.
 - ↳ Su eficiencia económica es reducida.
- ↻ *Modelo mixto.* Aunque hay autores que consideran que los sistemas sanitarios europeos, los llamados “sistemas nacionales de salud”, son, una vez desaparecidos los países comunistas, lo más cercano que existe a un modelo estatista, lo cierto es que estos sistemas son, en puridad, modelos mixtos: en ellos los sectores público y privado participan en diferente medida en la financiación y provisión de servicios sanitarios.

En España, por ejemplo, los poderes públicos son la máxima autoridad sanitaria, la que dicta las normas sanitarias y las hace cumplir, y existe un sistema nacional de salud. Pero los trabajadores financian éste en parte, mediante una cuota obligatoria. Y además, hay compañías privadas que prestan sus servicios de manera independiente.

En la actualidad, los modelos mixtos se enfrentan a su falta de viabilidad a medio plazo, a causa del coste de las prestaciones, por lo que están propiciando

mejoras en la gestión de esas prestaciones, optimizaciones de los recursos y la introducción de nuevos modelos de gestión como la concertación de algunos servicios con la sanidad privada e incluso la revisión de la universalidad de algunas prestaciones.

1.2. El sistema sanitario español: historia y estructura

A principios del siglo XX, el panorama de la sanidad en España no difería del de otros muchos países: quien disponía de recursos económicos acudía a la medicina privada, quedando la asistencia sanitaria del resto de la población en manos de la beneficencia y de las organizaciones gremiales y religiosas. No obstante, las cosas iban a empezar a cambiar. En 1883, se había formado una **Comisión de Reformas Sociales** que debía interesarse por la mejora del bienestar de los obreros y, fruto de sus trabajos, apareció en 1900 el primer seguro social de la historia española, recogido en la Ley de Accidentes de Trabajo.

A partir de esa fecha, los mecanismos de protección social, organizados por obreros y patronos, empezaron a multiplicarse: "iguales", "cajas de enfermedad", mutuas... Se impuso la necesidad de unificar y coordinar la actuación de todas ellas y así nació, en 1908, el **Instituto Nacional de Previsión (INP)**, que subsistiría hasta 1978.

Según aseguraba el Real Decreto de creación del INP, "caían en su esfera de acción los seguros de vejez, las pensiones de supervivencia (viudedad y orfandad), el seguro popular de vida y de renta, los seguros infantiles diferidos, el seguro contra el paro forzoso, los seguros de invalidez, accidentes, enfermedad y maternidad, y toda otra operación de previsión social". Era un "organismo con personalidad administrativa y fondos propios distintos a los del Estado", aunque éste puso un capital inicial de garantía y aseguraba subvenciones anuales. Además, no se concebía como una "competencia a las entidades aseguradoras particulares", por lo que sus actuaciones tenían un límite económico. Hasta la fecha de su desaparición, el INP fue asumiendo la gestión de otras iniciativas que fueron apareciendo durante esos 70 años: el Retiro obrero (1919), el Subsidio de maternidad (1923), el Seguro de paro forzoso (1931), el Seguro de Obligatorio de Enfermedad (1942), el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez - SOVI (1947)...



Volviendo a la narración cronológica, destacar que en 1929, el citado Seguro Obligatorio de Maternidad se transformó en **Seguro obligatorio de maternidad**, recogiendo prestaciones como “las asistencia facultativa en el embarazo y en el parto”. Ello supuso la firma de los primeros convenios de colaboración entre el Estado, a través del INP, con asociaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas.

El siguiente gran hito en la historia del sistema sanitario español es la implantación del **Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)**, en 1942. Se trataba de un servicio asegurador de la salud, de ámbito nacional, que estaba concebido para los trabajadores, sus familias y los pensionistas; su obligatoriedad iba dirigida a proteger a los económicamente más débiles. Entre las prestaciones incluidas en este seguro estaban la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, y la indemnización económica por pérdida de la retribución en dichas situaciones. Aunque, por ley, el INP se convertía en entidad aseguradora única para gestionar el SOE, dicha norma no sólo permitía la existencia de asistencia privada y benéfica, sino que, de hecho, el Estado necesitó de los conciertos con seguros médicos de empresas, igualatorios médicos y mutualidades para cumplir con muchos de los objetivos fijados en materia de Sanidad.

La multiplicidad de sistemas de protección sanitaria y social llegaría a su fin en 1963 con la Ley de Bases de la Seguridad Social, que implantó “un sistema unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación”. Tres años después vería la luz la anunciada **Ley General de la Seguridad Social**. En 1974, esta norma sufriría una reforma mediante la que se configuró “un sistema de asistencia sanitaria con libre elección de médico general, pediatra y ginecólogo, contribución del asegurado en el gasto por medicamentos, jerarquización de las instituciones sanitarias, inversión en grandes hospitales y tecnología, etc.”. Era un sistema con tres niveles de asistencia: primer nivel, ambulatorios; segundo, ambulatorios de especialidades; y tercero, hospitales.

Como en la mayor parte de los ámbitos de la vida española, la llegada de la democracia supuso un cambio radical en la concepción del sistema sanitario. Para empezar, en 1977 se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

En 1978, se aprueba la actual **Constitución**. En ella, más concretamente en su Título I (Derechos y Deberes Fundamentales), capítulo III (De los principios Rectores de la Política Social y Económica), artículo 43, aparece el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos a organizar la salud pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios. También se exige a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social que garantice la asistencia y las prestaciones sociales a todos los ciudadanos, especialmente en caso de desempleo.

Ese mismo año traería grandes cambios al sistema sanitario español. En primer lugar, se celebró una conferencia internacional sobre atención primaria de salud en

Alma-Ata (Kazajistán), en la que se cuestionaron los sistemas sanitarios vigentes, por costosos e ineficaces, y se propuso convertir la atención primaria dirigida a las comunidades en el eje de unos nuevos sistemas sanitarios. En España, las conclusiones de Alma-Ata encontraron reflejo en la creación de la especialidad de Medicina de familia y comunitaria, que se encarga de la atención primaria de salud.

Por otro lado, desapareció el Instituto Nacional de Previsión y su lugar lo ocuparon varios organismos integrados en la Seguridad Social:

- ↪ Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para la gestión de las prestaciones económicas del sistema.
- ↪ Instituto Nacional de Salud (INSALUD), para las prestaciones sanitarias; más adelante, ha pasado a llamarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- ↪ Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), para la gestión de servicios sociales y de las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas; en la actualidad, se denomina Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ↪ Instituto Social de la Marina, para la gestión de prestaciones de los trabajadores del mar.
- ↪ Tesorería General de la Seguridad Social, para la gestión de la caja única del sistema, mediante el principio de solidaridad financiera.

La estructura de la Seguridad Social aún se simplificaría más durante la siguiente década, década que se caracterizó por la extensión de las prestaciones a sectores antes no cubiertos y por una estabilización económica del sistema sanitario. En el plano organizativo, se produjo una reforma en la que los equipos de atención primaria vinieron a sustituir a los antiguos ambulatorios, dejando en un segundo nivel a los centros de especialidades y a los hospitales. Al tiempo, la aprobación, en 1986, de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) supuso la creación de un **Sistema Nacional de Salud**:

- ↪ De carácter público, universal y gratuito.
- ↪ Con derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos bien definidos.
- ↪ Con servicios sanitarios descentralizados.
- ↪ Integrado con todas las estructuras y servicios públicos.
- ↪ Organizado en áreas de salud.
- ↪ Capaz de desarrollar un modelo de atención primaria que integre las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Por fin, en 1989, el gasto sanitario público pasó a ser asumido fundamentalmente por el Estado, a través del sistema impositivo ordinario. Esto significó la extensión de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a personas no incluidas en ella y sin recursos.

No obstante, el hecho más trascendente de esa época para el sistema sanitario español fue el inicio de su **descentralización territorial** en 1981, mediante un traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas que se cerró en 2001. En el plazo de esos 20 años, todas las comunidades españolas han constituido sus propios servicios de salud, que gestionan de forma autónoma. La coordinación del Sistema Nacional de Salud se articula por medio de un Consejo Interterritorial, compuesto por representantes de las Comunidades Autónomas y de la Administración central.

En cualquier caso, para asegurar dicha coordinación y la cooperación de todas las administraciones públicas sanitarias de manera respetuosa con el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, se promulgó en 2003 la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo). Entre sus objetivos están la garantía de:

- ↪ *La equidad*: todos los ciudadanos del Estado español tendrán acceso a todas las prestaciones en igualdad de condiciones.
- ↪ *La calidad*: el sistema promoverá la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud o las soluciones eficaces de la enfermedad cuando esta aparece, incorporando para ello los últimos avances técnicos en condiciones de seguridad, siempre que hayan demostrado su efectividad.
- ↪ *La participación social*: con respeto a la autonomía personal.

Desde el fin del traspaso de competencias, la financiación de la asistencia sanitaria es responsabilidad de las Comunidades Autónomas. A tal efecto, en 2002, el Estado les transfirió la recaudación de algunos impuestos (parte del IRPF, IVA, impuesto sobre hidrocarburos, alcohol y tabaco), además de establecer un fondo de suficiencia que cubre la diferencia entre lo que cada comunidad recauda y lo que necesita para financiar su sanidad.

La consecuencia de todo este proceso es que, en 2002, se modificó la estructura del Ministerio de Sanidad, transformando el INSALUD en un organismo mucho más reducido, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, encargado, entre otras cosas, de gestionar las prestaciones sanitarias en Ceuta y Melilla.

1.2.1. El Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud fue creado y desarrollado a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, más concretamente, del capítulo I de su Título III. Está integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, ya sean de la

Administración del Estado o de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debidamente coordinados.

Como **características** fundamentales del Sistema Nacional de Salud, la Ley General de Sanidad, en su artículo 46, cita:

- ↪ Cobertura universal, como exigencia recogida en el art. 43 de la Constitución Española. Ya hemos indicado que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional. Pero, además, los extranjeros no residentes y los españoles fuera del territorio nacional tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.
- ↪ Gestión descentralizada, que se materializa en el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, convenientemente coordinados.
- ↪ Organización adecuada, que permita prestar una atención integral a la salud, en la que se incluyan tanto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como la curación y rehabilitación.
- ↪ Coordinación y, en su caso, integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- ↪ Financiación mediante recursos de las Administraciones Públicas (consignados en sus correspondientes partidas de los presupuestos de cada una de ellas), cotizaciones sociales, transferencias estatales, tasas por la prestación de determinados servicios y aportaciones de las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales.
- ↪ Prestación de una atención integral de la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- ↪ Gestión pública integrada, a pesar de la diversificación de medios y recursos, con el objetivo de conseguir una gestión homogénea de servicios, centros y recursos.
- ↪ Participación social. Por un lado, las organizaciones representativas de empresarios y trabajadores pueden participar en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral en los distintos niveles territoriales. Por otro lado, se constituyen:
 - ↪ Los Consejos de Salud, órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión.
 - ↪ Los Consejos de Dirección del Área de Salud, encargados de formular las directrices en materia de salud y controlar la gestión del área, dentro

de las normas y programas generales establecidos por la administración autonómica.

- ↻ Concepto integral de salud. Los medios y actuaciones del Sistema Nacional de Salud se orientan prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
- ↻ Simplificación del cuerpo sanitario. En el Sistema Nacional de Salud, la estructura fundamental es el Área de Salud (de la que en cada provincia debe haber al menos una), que se responsabiliza de la gestión de los centros en su demarcación territorial. Además, se delimitan dos niveles asistenciales: la atención primaria de salud y la atención especializada, ambos en perfecta comunicación.

Serán **funciones** del Sistema Nacional de Salud, según el artículo 18 de la Ley General de Sanidad:

- ↻ La adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
- ↻ La Atención Primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
- ↻ La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
- ↻ La prestación de los productos terapéuticos precisos.
- ↻ Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
- ↻ La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica, la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.
- ↻ Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
- ↻ La promoción y la mejora de la salud mental.
- ↻ La protección, promoción y mejora de la salud laboral.